

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号：2025388

申请日期：2025年7月21日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	走		女	2020.9			广西博白	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	是否残疾
	急性髓系白血病		中山一院	2025.3.11	50万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别：
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	走	26	良好				
	母亲	黄	25	良好				
1、抚养18岁以下儿童 3 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 45000 元 3、固定资产： 0 套房子； 1 辆摩托车； 0 辆小车 4、家庭困难类型： ☐ 村居委开具困难证明； ☐ 街镇开具困难证明； ☐ 困境儿童证明； ☒ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明								
申请救助理由（请详细描述）： 患者走 今年4岁，2025年3月确诊急性髓系白血病，化疗两个月后转入广州中山一院做骨髓移植，目前在医院治疗和自购药品花费25万左右，后续还要承担移植跟抗排异的昂贵费用。家庭属于低保户，家中还要抚养两个小孩，实在无奈，特向基金会求助，希望你们可以帮帮我们这个困难的小家，救救小孩，感谢你们！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：走 2025年7月21日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 患儿诊断难治性AML，需化疗及造血干细胞移植，费用预计30-40万元。 医师签名：石云书 2025年7月21日							
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元（大写： 五 万 零 零 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名：黄伟强 2025年7月23日							
	广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥ 25,000.00 元（大写： 贰 万 伍 仟 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名：叶绍海 2025年7月28日							



廣東公益恤孤助學促進會 Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

病童姓名:	赵	性别:	女	年龄:	4
病种:	髓系白血病				
治疗医院:	中山大学附属第一医院				

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元（大写：人民币贰万伍仟元），将作为赵 的治疗费用。

受助人（监护人）: 赵

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话:

经办人:

电 话:

日 期:

周其明

1892452244

2015年7月29日



中山大學 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：赵

科别：儿科二科

床号

住院号

住院患者情况说明

姓名：赵 性别：女 年龄：4岁1 科别：儿科二科 床号 住院号

目前诊断：急性髓系白血病，M4(M4a，高危，FLT3/ITD阳性，AML/ETO阳性)

中枢神经系统白血病(CNS 3)

恶性肿瘤维持性化学治疗

恶性肿瘤靶向治疗

中度贫血

入院情况及诊疗经过：患儿为难治性AML，经化疗后骨髓MRD未缓解，有造血干细胞移植指征，07-17入仓行造血干细胞移植，现患儿处于预处理清髓化疗，需继续住院治疗，后续行亲缘供者造血干细胞移植。

医师签名：

2025年07月23日

证明

兹证明 赵 身份证号码:

家庭住址: 广西博白县三滩镇

家庭为农村低保救助对象家庭。

开始享受日期为: 2025年07月01日

该证明开具日期为2025年07月03日, 自开具日期起有效期
为 6 个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	赵		07月	2025年07月01日
2	黄		07月	2025年07月01日
3	赵		07月	2025年07月01日
4	赵		07月	2025年07月01日
5	赵		07月	2025年07月01日

博白县三滩镇人民政府 (盖章)

2025年07月03日



