

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: 2025513

申请日期: 2025年9月15日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	梁	男	2009.07.08			广东	
	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
	白血病	广州市妇女儿童医疗中心	2025.2.9	70万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
	购买保险情况及报销比例	☐ 新农合 %	☐ 城镇居民 %	☒ 商业保险 70 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	
病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 100000 元 3、固定资产: 套房子; 1 辆摩托车; 1 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		
	父亲 梁	45	正常				
	母亲 覃	43	正常				
申请救助理由(请详细描述)	16岁梁 2025年1月,因肺炎入住市人民医院,白细胞持续升高。 2025年2月初,紧急转至广州市妇女儿童医疗中心,经骨髓活检,确诊为急性白血病。 2月-6月,经历四次化疗,7月份干细胞移植。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 梁 2025年9月15日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1. 急性髓系白血病 2. 化疗副作用 3. 肺部感染 4. 造血功能抑制 5. 预期费用约50万 医师签名: 孙 2025年9月22日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000 元(大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 慈善基金专用章 2025年9月23日						
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥20,000.00 元(大写: 贰万 仟 零 佰 拾 元 零 角 零 分) (善人善事) 负责人签名: 何靖雯 2025年9月28日 秘书处 (善人善事 贵客光临 青报师幼)						



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

(普及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 梁 性别: 男 年龄: 16
病种: 急性骨髓白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心 (珠江新城)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为梁 的治疗费用。

受助人 (监护人): 梁

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林信雄

电 话: 18924052214

日 期: 2025年9月29日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名：梁 性别：男 年龄：15岁 科别：珠-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断：1. 细胞治疗（异基因造血干细胞移植） 2. 急性髓系白血病 3. 菌血症（铜绿假单胞菌） 4. 造血干细胞移植状态

医嘱及建议：患儿于2025-7-7至2025-8-7在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名：王小静/王飞雁

日期：2025-08-07 08:14:41

- 注：1、未经盖章，签字无效。
2、涂改无效。
3、只作疾病证明，不得作其它证明使用。



家庭情况说明

兹有患儿 梁，患 白血病 疾病，性别 男，年龄 16 岁，是 广东 省（区、市）东莞市（州）—— 县（区）黄江 乡镇（街道）新市 村民小组（居委会），（父亲：梁 母亲：覃 村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：梁 身份证号：—————

患儿母亲：覃 身份证号：—————

情况属实，特此证明。



村委会/居委会盖章：—————

经办人及联系电话：—————

2025 年 9 月 15 日

