

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：2025538

申请日期：2025年9月29日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李		男	2008.12.12			广东省普宁市	
	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
	急性淋巴白血病		广东省中医院 大德路总院	2025.8.月	约40万元			☐ 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	李	45	健康				
	母亲	罗	44	健康				
1、抚养18岁以下儿童 2名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 3-5万元 3、固定资产：/套房子；/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								
申请救助理由（请详细描述）： 8月初，孩子确诊了白血病，家里一共8口人，要赡养两个老人，四个孩子，孩子奶奶有尿毒症，每月都要支付一千多元的医药费，四个孩子还在上学，都需要用钱，家庭经济收入来源靠种植玉米，年收入3-5万元，现在爸爸在广州照顾孩子，有妈妈工作，孩子未来治疗费用要几十万，家庭经济负担大。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：李 2025年9月29日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 患儿确诊急性淋巴细胞白血病（T-ALL，高危），治疗费用约40万元。							
	医师签名：张 2025年9月29日							
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥30000 元（大写：叁万、仟、佰、拾、元、角、分） 广东省中医院委员会 负责人签名：何 2025年9月29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、拾、元、零、角、分）（善及深呼吸、炎急性肺病、查救助力已院） 负责人签名：叶 2025年10月 秘书处								



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

重症病童救助款收据

(菩及深呼吸共愈计划)

病童姓名:	李	性别:	男	年龄:	16
病种:	急性淋巴白血病	治疗医院:	广东省中医院 大德总院		

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), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林浩

电 话: 18924052214

日 期: 2025年10月15日

疾病诊断证明

患儿李 男，16 岁，住院号 身份证号：

因“确诊急性淋巴细胞白血病 1 月余，返院治疗”于 2025-09-25 在我科住院治疗，疾病诊断为：1. 急性淋巴细胞白血病(T-ALL，BTG1::chr12 阳性) 2. 恶性肿瘤维持性化学治疗 3. 额顶叶脑出血（中央前回，亚急性期）。目前行 SCCCg-ALL-2023 诱导第一轮 CAM 化疗。

特此证明！

广东省中医院儿科住院部

2025年09月29日

普宁市麒麟镇江头村村民委员会

证明.

新月或村村民李 男. 身份证号为
因患急性淋巴细胞性白血病,
现在广东省中医院儿科治疗, 已花费大量医药费,
致其家庭经济比较困难.

特此证明



