

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: 2025637

申请日期: 2025年11月7日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	郭		男	2024.11.14			江西省赣州市章贡区	
	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
	再障性贫血		广州市妇女儿童医院	2025.8.23	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	1、抚养18岁以下儿童 2 名;			
	父亲 郭	33	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 50000 元			
	母亲 何	28	健康		3、固定资产: 0 套房子; 0 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)		自从孩子生病以来,家庭经济来源就断绝了,因为孩子小,我们夫妻没有办法上班,孩子的治疗费用巨大,欠下巨额外债,家里父母年龄大了,还有一个三岁的孩子要上学,孩子确诊以来,花销很大,目前孩子已经进ICU,在抗感染,后续康复吃药,还要很多钱,我们实在无力负担。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 郭 2025年 11 月 17 日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 再障性贫血。经骨髓移植手术,治疗费用约20万元。							
	医师签名: 何靖雯 2025年 11 月 21 日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥15000 元 (大写: 壹万伍仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2025年 11 月 24 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 零 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2025年 12 月 1 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:	郭	性别:	男	年龄:	1
病种:	再生障碍性贫血	治疗医院:	广州市儿童医院		

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），将作为郭 的治疗费用。

受助人（监护人）: 郭

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话:

经办人: 林

电 话: 18924052214

日 期: 2025年12月2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: 郭 性别: 男 年龄: 11月 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. 再生障碍性贫血 3. 重症肺炎 4. 真菌感染(曲霉菌、小克银汉霉菌)

医嘱及建议: 患儿于2025. 11. 09-2025. 11. 26于我院血液肿瘤科治疗。

现患儿造血干细胞移植治疗中

医师签名: 屈钰华/宫薇薇

宫薇薇

日期: 2025-11-26 14:44:21

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 郭，患 再生障碍性贫血 疾病，性别 男，年龄 1 岁，是 江西 省（区、市）赣州 市（州）于都 县（区）高校园区 镇（街道）坪路 村民小组（居委会），（父亲：郭 母亲：郭）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：郭 身份证号 3607040000647

患儿母亲：郭 身份证号 3607040000647

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：



2025 年 11 月 12 日

