

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: 2025656

申请日期: 2025年11月22日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	郑		女	2016.7.23			广东省阳春市	
	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
	B淋巴瘤细胞性白血病/淋巴瘤		广州市妇女儿童医疗中心	2025.5.15	20-30万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 55%	☐ 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	郑	36	健康				
	母亲	郑	34	健康				
1、抚养18岁以下儿童 4 名; 43 2、家庭年收入(不含政府补贴) 元 3、固定资产: 1 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): 因患儿郑小朋友,从初步检查到确诊,短短几个月(一、二、三)已经花费近20万元(报销后的自费+外院的2次全身PET-MR+基因检测总费用暂时都已经近10万元了,目前四病进行中,后面还有很长一段治疗期,家里还有老人和3个小孩要养,面对巨大的治疗费用,实在是无从支撑,在此希望能得到广大的爱心人士和资助慈善会的帮助,谢谢大家。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 郑 2025年11月22日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 目前诊断B淋巴瘤细胞白血病/淋巴瘤. 整体治疗费用约20-30万元 医师签名: 罗 2025年11月22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28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 零 分) 负责人签名: 林 2025年12月8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: 郑 [redacted] 性别: 女 年龄: 9
病种: B淋巴母细胞性白血病 / 淋巴瘤 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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), 将作为郑 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 郑 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 林伟伦

电 话: 18924052214

日 期: 2025年12月9日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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：郑 性别：女 年龄：9岁 科别：增-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断：1. 为肿瘤化学治疗疗程 2. B淋巴母细胞性白血病/淋巴瘤 3. 吞咽困难

医嘱及建议：患儿2025-10-21至2025-10-27在我院增血液肿瘤2组住院治疗。

医师签名：/ /罗埴暄/张艳琴

日期：2025年10月27日 10:00:00

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 郑，患 B淋巴细胞白血病 疾病，性别 女，年龄 9 岁，是 广东 省（区、市）阳江市（州）阳春县（区）春城 乡镇（街道）七星 村民小组（居委会），（父亲：郑 母亲：郑 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：郑 身份证号：

患儿母亲：郑 身份证号：

情况属实，特此证明。



村委会/居委会盖章：

2025 年 11 月 22 日

