

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: 2025653

申请日期: 2025 年 10 月 23 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄	男	2022年1月5日			广东省汕头市潮南区	
	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
	急性淋巴细胞白血病	广州市妇女儿童医疗中心	2024年8月9日	40万		/	☐ 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 <u>50</u> %	☐ 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 黄	39	健康				
	母亲 周	37	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>3</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>40000</u> 元 3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>无</u> 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）	各位爱心人士，大家好。我是黄 的母亲。我们两夫妻是在山村打工的。我儿黄 目前在广州市妇女儿童医疗中心接受化疗，他正在与病魔进行一场严峻的斗争。急性淋巴细胞白血病，让我的家庭陷入了深深的困境。每一次的化疗都需要巨额的费用。这对于一个家里有两个小孩要养经济困难的家庭无疑是雪上加霜。为了我儿能战胜病魔重返校园，我恳求大家尽微薄之力，帮助 度过难关。在此非常感谢每一位伸出援手的爱心人士，是你们给了 希望与力量！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 周 2025 年 10 月 23 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿患急性淋巴细胞白血病，因化疗需要，使用贝林妥欧靶向治疗，治疗后需定期输注丙种球蛋白治疗。预估总费用 30-40 万元。 医师签名: 匡乙梅 2025 年 10 月 23 日						
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ <u>20,000</u> 元（大写: 贰万 仟 佰 元 零 角 零 分） 负责人签名: 王光勇 2025 年 10 月 28 日						
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>15,000.00</u> 元（大写: 壹万 伍仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 王光勇 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：黃 性别：男 年龄：13岁
病种：急性淋巴白血病 治疗医院：广州妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元（大写：人民币壹万伍仟元），将作为黃 的治疗费用。

受助人（监护人）：周

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）： —

电 话： —

经办人： 林信韵

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：黄 性别：男 年龄：13岁 科别：增-血液肿瘤科1组 床号 7 住院号

诊断：1. 为肿瘤化学治疗疗程 2. 急性淋巴细胞性白血病 3. 便血

医嘱及建议：

患儿于2025. 10. 15至2025. 10. 18在我院血液肿瘤科（增）住院治疗。

医师签名：田雨佳 田雨佳

日期：2025. 10. 18

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。



汕头市潮南区陈店镇新溪西村民委员会

证 明

兹有我村村民黄 男，1985 年 07 月 10 日出生，身份证号码 其子黄 2012 年 01 月 05 日出生，身份证号码 于 2024 年 08 月 07 日出患有急性淋巴白血病，现在广州市妇女儿童医院(增城院区)治疗，该员家庭收入薄弱，经济来源少，由夫妻二人共同打工，养育三个小孩，现因儿子黄 的病情十分危急，治疗费用巨大，家庭已负债累累，后期还需长期治疗，治疗费用高达近 70 万元，治疗过程十分漫长，请有关部门给予帮助！情况属实。

特此证明

汕头市潮南区陈店镇新溪西村委会

2025 年 12 月 10 日



