

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: 2025657

申请日期: 2025 年 11 月 26 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	吕		男	2013.2.17			广东省汕头市	
	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
	白血病		珠江医院	6月9日	40万			☐ 是 ☒ 否
	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	残疾类型和级别: /
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 <u>3</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>36000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</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		
	父亲	吕	41	健康				
	母亲	早	35	健康				
申请救助理由（请详细描述）	家庭经济困难，治疗费超出家庭经济能力 后续需要 20万，现在已欠债 15万，工作只有勉强糊口 已没有积蓄什么钱了。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 吴 2025 年 11 月 26 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 确诊急性髓系白血病，移植术后，后续仍需长期口服药物 医师签名: 乃 2025 年 11 月 26 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000</u> 元（大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名: 2025 年 11 月 27 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>20,000.00</u> 元（大写: 贰万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名: 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: 呂 [redacted] 性别: 男 年龄: 12
病种: 髓系白血病 治疗医院: 南方珠江医院儿科楼

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), 将作为吕 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 吳 [redacted]

电 话 [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): ✓

电 话: —

经办人:

林偉銘

电 话: 1892452214

日 期: 2018年12月10日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：吕 科室：小儿血液科病区 床号： ID号 住院号

科别：小儿血液科病区	入院日期：2025年11月24日 出院日期：2025年11月24日
检查结果： 诊断意见： 1. 急性髓系白血病化疗治疗；2. 急性髓系白血病(CEBPA, FLT3-ITD)；3. 造血干细胞移植状态；4. 轻度限制性肺通气功能障碍；5. 全组副鼻窦炎 处理意见：住院治疗。 医生签名：林丹娜 日期：2025年11月24日	

签发单位：（盖章）





核发单位: 汕头市潮南区民政局

发证日期: 2025年8月

户主姓名: 吕

身份证号码:

低保证编号:

户主姓名	吕	性别	男
出生年月	2013年2月	民族	
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	1
居住地址	胪岗镇		
户籍地址	汕头 潮南区 胪岗镇		
低保资金 发放账号			
家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	0	0	
	0	0	
	0	0	
	0	0	
	0	0	
	0	0	

家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	0	0	
	0	0	
	0	0	
	0	0	
家庭成员照片			
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名:		姓名:	

