

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: 2026090

申请日期: 2025 年 12 月 15 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	朱		男	2017.11.20			广东省惠州市	
	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
	伯基特淋巴瘤		广州市妇女儿童医疗中心	2025.03.26	350000.00元			☐ 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 4 名; 80000 元		
	父亲	朱	35	健康		2、家庭年收入 (不含政府补贴) 元		
	母亲	黄	30	健康		3、固定资产: 1 套房子; 1 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)		由于患 2025 年 03.26 日确诊伯基特淋巴瘤经一线治疗已花数十万元, 9 月底复发后二线治疗用的进口自费药高昂, 父母有四个儿女, 为了照顾儿女, 父母无法正常上班经济来源, 特申请补助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 朱 2025 年 12 月 15 日						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 伯基特淋巴瘤 (高危, 复发), 预计共需治疗费用 35 W. 情况属实。							
	医师签名: 王莉 2025 年 12 月 30 日							
	医院意见 (盖章):							
建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2026 年 1 月 14 日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25000 元 (大写: 贰万 伍 仟 零 拾 元 角 分) 秘书 负责人签名: 林钧泽 2026 年 2 月 2 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

(菩及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 朱	性别: 男	年龄: 8岁
病种: 伯基特淋巴瘤	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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为朱 的治疗费用。

受助人 (监护人): 朱

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: 2016年2月5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：朱 性别：男 年龄：8岁 科别：珠-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断：1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 伯基特淋巴瘤

医嘱及建议：患儿于2025. 12. 30-2025. 12. 31在我院珠-血液肿瘤科住院治疗。

医师签名：陈永强
日期：2025. 12. 31
53
（1）
诊断
治疗证明专用章
GUANGZHOU WOMEN AND CHILDREN'S MEDICAL CENTER
P. R. CHINA

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 朱，患 白血病 疾病，性别 男，年龄 8 岁，是 广东 省（区、市）惠州市（州）惠城区（区）陈江 乡镇（街道）春晖社区 村民小组（居委会），（父亲：朱 母亲：黄）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：朱 身份证号 _____

患儿母亲：黄 身份证号 _____

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：_____



