

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: 2026088

申请日期: 2025年12月11日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地			
	姜	男	2023.9.28		四川省泸州市			
	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	
	朗格汉斯细胞 继发性嗜血细胞	中山大学 孙逸仙	2025.6	30万			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和 级别:	
购买保险情况及报 销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 45%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 %	<input type="checkbox"/> 其他保险 %	<input type="checkbox"/> 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 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 35000 元 固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小汽车 3、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
	父亲	姜	38	一般				
	母亲	潘	37	良好				
申请救助理由 (请详细描述)	<p>由于孩子奶奶也是癌症,在孩子确诊前一年确诊的,基本上家里的值钱物都已变卖给她治病,现在孩子又确诊,家里已经无法承受,只有孩子父亲一人挣钱,10月份加靶向药后家里的收入已不足以承担,所以申请救助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 潘 2025年12月11日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊LCH明确,预计治疗费用20万元。 医师签名: 孙逸仙 2025年12月15日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 仟 佰 拾 元 整) 负责人签名: 杨奕心 2025年12月18日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万 伍仟 零 拾 元 正 角 分) 负责人签名: 孙逸仙 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

病童姓名: 姜 [模糊]	性别: 男	年龄: 2.5岁
病种: 恶性肿瘤(朗格汉斯) 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院		

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), 将作为姜 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 潘 [模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 林 [模糊]

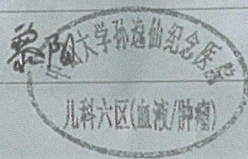
电 话: 1892452214

日 期: 2016年 2月 4日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:姜 性别:男 年龄:2岁2月 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号 住院号


姓名:姜	住院号	出生地:四川省泸州市古蔺县
性别:男	年龄:2岁2月	科室:儿科六区(血液/肿瘤)
入院时间:2025-12-08 15:20	出院日期:2025-12-16 10:04	
临床诊断:朗格汉斯细胞组织细胞增生症返院复查(MS,多发骨病灶,骶鞍区、血液系统、肝脾) CNS-RISK(+), RO+)		
治疗意见: 见出院记录。		
记录日期:2025-12-16 10:04	医生: 	

家庭情况说明

兹有我社区(村委会)居民(村民) 潘 (患儿监护人), 身份证号
其子/女 姜, 身份证号
患有 朗格汉斯细胞组织增生症和噬血细胞综合征, 因孩子治疗费用支出高, 家庭经济负担重, 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资助。

以上所述情况属实, 特此证明。

居委会地址: 四川省泸州市古蔺县金兰街道东新街社区

村(居)委会经办人签字: 

联系电话:

(盖 章)

2026 年 2 月 5 日

