

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: 2026091

申请日期: 2026 年 1 月 14 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	王	女	2020.7			江西,南昌		
	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	
	幼年粒单核细胞白血病	广州市第一人民医院	2025.1	50万元			☐ 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 60 %	☐ 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	1、抚养 18 岁以下儿童 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>6万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</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	王	34	健康				
	母亲	李	36	健康				
申请救助理由 (请详细描述): 1. 患儿于2023年6月反复发烧入院治疗,之后长期进行治疗;2025年1月于北京协和医院确诊幼年粒单核细胞白血病,4月转至范台心医院治疗,10月于广州市第一人民医院进行干细胞移植,后期仍需长期进行化疗、抗排异等方案,治疗周期长且药物、检查、住院费用高昂,远起家庭承受压力。 2. 家庭收入单一,患病后家长需停工陪护,导致收入中断,同时还需承担异地就医的交通、住宿等附加开支,积蓄已耗尽且负债累累。 3. 虽已尝试医保报销、亲友借款等方式,但报销比例有限,缺口仍很大,无奈之下申请相关资助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2026 年 1 月 14 日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 患儿确诊幼年粒单核细胞白血病,在贵院行造血干细胞移植治疗,费用约30万元。 医师签名: 梁月 2026 年 1 月 14 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 梁月 2026 年 1 月 19 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥15,000.00 元 (大写: 壹万伍仟零佰零拾元零角二分) 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: 王	性别: 女	年龄: 5岁
病种: 白血病	治疗医院: 广州市第一人民医院	

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), 将作为王 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王

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: 2026年2月6日

广州市第一人民医院
住院（留观）患者电子诊断证明书

姓名：王 性别：女 年龄：5岁4月26天
身份证号： 住院号：
病区：南沙细胞与基因治疗病区 床号：37
入院日期：2025-12-19 出院日期：2025-12-22

入院诊断：

1、恶性肿瘤维持性化学治疗；2、幼年粒单核细胞白血病；3、造血干细胞移植状态；

出院诊断：

1、恶性肿瘤维持性化学治疗；2、幼年粒单核细胞白血病；3、造血干细胞移植状态；

病情摘要：

备注：

医生签名：陈艳敏

签名时间：2025-12-22 10:31

（住院病区盖章）

住院诊断证明专用章

（出入院结算处盖章）

（本诊断证明书未经医生签名及盖章无效）



编 号:

发证日期: 2025.7.8.

[illegible]

