

### 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: 2026094

申请日期: 2025年12月17日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	李		男	2021.06.06		广东韶关翁源县		
	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		广州医科大学附属第一医院	2025.8.22	20万			<input type="checkbox"/> 是 <input 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 60%	<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 2 名;		
	父亲	李	28岁	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 40000 元		
	母亲	李	30岁	良好		3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车		
申请救助理由(请详细描述)		<p>1.收入方面:目前家庭主要收入来源为申请人打零工收入与配偶的工作,每月总收入4000元。由于儿子确诊白血病需照顾,无法正常进行稳定工作。</p> <p>2.支出方面(医疗支出,生活开支)儿子医疗情况,每月需购买自费药物,药用800元,定期到医院复查、治疗,每次费用约5000元,每月医疗支出总计约13000元。因白血病需要长期治疗,负担沉重,家庭每月总收入不足以覆盖各项必要开支,常常入不敷出,生活陷入困境,为了维持基本生活,有时不得不向亲友求助,但并非长久之计,家庭经济压力日益增大。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2025年12月17日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿在我院经相关检查确诊“急性淋巴细胞白血病”,化疗费用约20~30万元人民币。 医师签名: 王凤桂 1512 2025年12月17日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 肆万贰仟零伍拾元正角五分。 负责人签名: 王凤桂 2026年2月3日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 肆万贰仟零伍拾元正角五分(易暖送) 负责人签名: 王凤桂 2026年2月3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  
(易嫫公益项目)

病童姓名: 李 [模糊] 性别: 男 年龄: 5岁  
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州医科大学附属第一医院  
(B系)

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), 将作为李 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李 [模糊]

电 话 [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [模糊]

经办人: 林 [模糊]

电 话: 18924052214

日 期: 2026年2月10日



广州医科大学附属第一医院  
THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY

疾病诊断证明书

姓名: 李 [redacted] 性别: 男 年龄: 4岁 住院号: [redacted]

经我院普通儿科(沿江)临床检查、诊断为:  
诊断: 急性淋巴细胞白血病 (B系)



此证  
主诊科 (盖章)



主诊医师: 卫凤桂\*\*  
医务科 (盖章)

日期: 2025年8月22日

# 证明

兹有广东省韶关市翁源县龙仙镇 常  
住居民李 男，汉族，身份证号码  
患儿李 男，汉族，身份证号码  
户主李 男，汉族，身份证号码  
家庭收入来源于外出务工，家庭年收入 40000 元，母亲李  
女，汉族，身份证号码 外出务工，父  
亲因患儿生病照顾患儿暂无收入，全靠母亲在外务工维持生  
活，家庭收入低，生活困难。

特此证明

情况属实  
幸福社区  
2026-2-3



