

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: 2026099

申请日期: 2026年1月28日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	刘	女	2017年9月1日			广东省潮州市江海区	
	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
	重型再生障碍性贫血	南方医科大学珠江医院	2025年6月10日	20-30万			<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 50%	<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 3 名;		
	父亲 刘	33	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 60000 元		
	母亲 洪	31	健康		3、固定资产: 1套房子; 1辆摩托车; 0辆小车		
					4、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 checked="" type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 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)	<p>小孩5月份诊断重型再生障碍性贫血,现拟行造血干细胞移植,预计费用20-30万,因资金不足,故申请救助小孩费用。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 洪 2026年1月28日</p>						
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 确诊重型再生障碍性贫血,按计划行造血干细胞移植,费用20-30万</p> <p>医师签名: 林 2026年1月28日</p>						
	<p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万零佰零拾零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 2026年2月3日</p>						
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟零拾零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 2026年2月9日</p>							



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: 刘	性别: 女	年龄: 8
病种: 极重型再生障碍性贫血治疗医院: 南方医科大学珠江医院		

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), 将作为刘 的治疗费用。

受助人 (监护人): 洪

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: 2026年2月10日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名: 刘 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: 2026年01月26日 出院日期:
检查结果:	
诊断意见: 极重度再生障碍性贫血 处理意见: 住院行造血干细胞移植	
医生签名: 林月娜	日期: 2026年01月28日

签发单位: (盖章)



潮 安 区

江东镇洋光村民委员会便笺

证 明

兹有我村村民刘 女，现年 8 岁。今年 5 月份被查出重型再生障碍性贫血，现在广州南方医科大学珠江医院治疗，准备移植，该家庭只靠其父亲打工维持生活，面临巨大治疗费用确实无法承受，导致家庭经济困难，情况属实。

特此证明！

洋光村民委员会
2025 年 12 月 16 日



