

### 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: 2026113

申请日期: 2026 年 1 月 13 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	费		男	2020.11.17		湖南省耒阳市		
	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
	白血病 (高危型)		南方医科大学 珠江医院	2025.11.14	50万元			<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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>5万</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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 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			
	父亲	费	3岁	痛风				
母亲	/	/	/	/				
申请救助理由 (请详细描述)	<p>单亲家庭父母在2020年10月11日离婚, 费和姐姐由父亲抚养, 家里还有负债情况, 爷爷奶奶都没有工作, 一个人上班养四口人, 费和姐姐自离婚在承担债务一部分, 抚养费父亲一人承担, 现在住院费用约8万元自费。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 费 2026年 1 月 13 日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 悉心诊断为急性淋巴细胞白血病 (高危型), 需规律化疗, 治疗费用需 50万元 医师签名: 赖尚英 2026年 1 月 13 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: 2026年 1 月 21 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟零佰零拾元零角零分) 负责人签名: 林钧泽 2026年 2 月 9 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

(普及深呼吸共愈计划)

病童姓名: [模糊]	性别: 男	年龄: 5
病种: 白血病	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), 将作为贺 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): [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: 林竹韵

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：贺

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：2025年11月14日

出院日期：2025年12月25日

检查结果：

诊断意见：

1. 急性淋巴细胞白血病(B细胞型, PAX5-SOX5, IK6, HR) ; 2. 化疗后骨髓抑制 ; 3. 脓毒血症 ; 4. 低蛋白血症 ; 5. 凝血功能异常 ; 6. 急性支气管炎

处理意见：住院治疗。

医生签名：

赖肖蓉

诊断日期：2025年12月25日

(34)

签发单位：（盖章）

# 证明

兹有我村 村民 贺 男性 身份证号 [REDACTED]  
因其儿子 贺 (身份证号 [REDACTED]) 患重大疾病 家庭因病致贫,  
系我村低保户家庭。

特此证明

东阳市东子镇横塘村民委员会

2026. 9. 13日

