

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: 2026148

申请日期: 2026年2月25日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	朱	男	2016.6.		江西, 赣州		
	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
	弥漫性B淋巴细胞淋巴瘤	赣州医学院附属医院	2025.11	30万			□是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
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	残疾类型和级别:	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 名;		
	父亲 朱	38	好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 4.5万 元		
母亲 朱	37	好			3、固定资产: 1套房子; 1辆摩托车; 2辆小汽车		
申请救助理由(请详细描述)	本人及家属无稳定高额收入, 难以承担巨额医药费, 检查及相关医疗费用, 经济压力巨大, 无力独自支撑孩子的治疗, 为保障孩子得到及时、持续的医疗, 挽救孩子生命, 特向贵单位申请救助, 恳请给予帮助, 本人及全家不胜感激!						
	本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 朱 2026年2月25日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿因反复肠套叠, 经病理确诊回盲部弥漫性B淋巴细胞淋巴瘤, 术后规范化治疗需十四个疗程, 之前手术费用均已自费, 定期复诊, 总费用需30万元(人民币), 患儿为低保户。						
	医师签名: 姜坤 2026年2月25日						
医院意见(盖章):							
建议给予医疗救助金 ¥ 1万 元 (大写: 壹万 元 零 拾 零 元 零 角 零 分)							
负责人签名: 姜坤 2026年2月25日							
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁万 零 零 拾 零 元 零 角 零 分) (易破封条)							
负责人签名: 姜坤 2026年2月25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: 朱 [模糊]	性别: 男	年龄: 9岁
病种: 弥漫性轴索神经变性 治疗医院: 广州医科大学附属第一医院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币 叁万元整), 将作为朱 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 朱 [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: 18924052214

日 期: 2026年3月3日



广州医科大学附属第一医院

THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY

住院诊断证明

姓名: 朱 [REDACTED] 性别: 男 年龄: 9岁 住院号 [REDACTED]

地址: 江西省赣州市寻乌县长宁镇@皇冠

科室: 普通儿科(沿江)

入院日期: 2026年1月28日

出院日期: 2026年2月5日

- 诊断: *1. 为肿瘤化学治疗疗程
2. (回盲部) 弥漫大B细胞淋巴瘤
3. 回肠肿瘤 切除术后状态
4. 轻度贫血 (化疗相关)

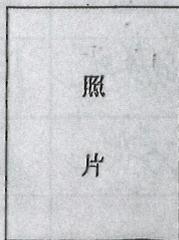
建议及注意事项: 详见出院小结

医师签名: 吴泽霖*



日期: 2026年2月5日





批准机关: _____

编号: _____

发证日期: 2024.10

户主姓名	刘	性别	女	出生年月	1970.07
保障人口	2	户月保障金额	890	保障类别	<input type="checkbox"/> 常补 <input checked="" type="checkbox"/> 非常补
身份证号码				户籍类别	<input checked="" type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业
户籍所在地	晨光 街道(乡镇)			社区(村)	
纳入保障的家庭成员情况					
姓名	与户主关系	性别	年龄	身体状况	
朱	母亲	男	78	一般	

扫描全能王 创建

变更情况记录

时间	原补助金额	现补助金额	现保障类别	变更原因	经办人(章)
2026.0	970	1455	非常补	户内增加成员	张

每月资金发放记录

时间	当月发放金额	经办人
2024.10	890元	张
2024年11月	890元	张
2024年12月	890元	张
2025年1月	890元	张
2025年2月	890元	张
2025年3月	890元	张
2025年4月	890元	张
2025年5月	80(提标补贴)	张
2025年5月	970元	张
2025年6月	970元	张
2025年7月	970元	张
2025年8月	970元	张

扫描全能王 创建

