

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: 2026150

申请日期: 2026年 2月 5日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	马	女	2023.3.8		广东·汕头		
	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
	朗格汉斯细胞组织细胞增生症 嗜血细胞综合征	中山大学孙逸仙名 医院	2025.2.6	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 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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3万 元 3、固定资产: /套房子; 2辆摩托车; /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 马	34	良好				
母亲 林	34	良好					
申请救助理由(请详细描述)	<p>尊敬的基金会救助伙伴: 您好! 患儿马 今年2岁10个月, 25年春节不幸查出两种罕见病, 朗格汉斯细胞组织细胞增生症, 与嗜血细胞综合征同时合并感染EB病毒, 病情凶险且复杂, 三种病症风险高, 加上基因突变得长期化疗西药进口靶向药进行长期治疗监测, 后期的康复费用更是无底洞, 我们是农村普通家庭, 连续年纪大, 毛病的, 一个人在家维持, 爸爸一个打工养家, 本来就生活拮据, 孩子发病处我们要上本人保证上述情况完全真实。如将, 已倾尽家财医治该病导致破产, 欠下许多人情债, 恳请贵基金会伸出援手, 给予我们的孩子治疗费用, 我们的孩子求生艰难!</p> <p>申请人签名: 林 2026年 2月 5日</p>						
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 确诊为朗格汉斯细胞组织细胞增生症, 嗜血细胞综合征, 目前我院化疗(化疗), 仍需化疗等治疗, 费用大约为20万元(贰拾万元)。</p> <p>医师签名: 林伟吟 2026年 2月 9日</p>						
	<p>医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 3万 仟 佰 拾 元 角 分)</p> <p>负责人签名: 林伟吟 2026年 2月 13日</p>						
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 10,000.00 元 (大写: 壹 万 零 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 林伟吟 2026年 3月 2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: 马 [redacted]	性别: 女	年龄: 2岁11月
病种: 朗格汉斯细胞组织细胞增生症 嗜血细胞综合征	治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为马 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 林 [redacted]

电 话: 18924052214

日 期: 2026 年 3 月 3 日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:马 性别:女 年龄:2岁11月 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:马	住院号	出生地:
性别:女	年龄:2岁11月	科室:儿科六区(血液/肿瘤)
入院时间: 2026-02-09 11:20	出院日期: 2026-02-09 13:35	
临床诊断: 朗格汉斯细胞组织细胞增生症(返院化疗)		
治疗意见: 1、每隔2-4天检测血常规,每隔1周检测肝功、肾功、EB病毒定量。若Hb<70g/L, PLT<20×10 ⁹ /L, 予输注红细胞、血小板; 2、按诊疗计划返院行52周VCR化疗及检查评估(前提:白细胞>2×10 ⁹ /L, 中性粒细胞>1×10 ⁹ /L), 提前致电门诊电话020-36997891预约日间床位;		
记录日期: 2026-02-09 13:32	医生: 	

