

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: 2026155

申请日期: 2026年2月6日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	许	男	2023.11		广东省普宁市		
	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
急性淋巴细胞白血病	中山大学孙逸仙纪念医院	2026.1.13	30万				<input type="checkbox"/> 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 4 名;		
	父亲 许	36	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 3万 元		
	母亲 曾	34	健康		3、固定资产: 1套房子; 1辆摩托车; 0辆小车		
申请救助理由(请详细描述)	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						
	<p>本人家中有两名亲人先后患病,现造成家庭经济十分困难,特向贵基金会申请救助。我有4个孩子,许 是我的小儿子今年3岁,于2026年1月13日,在中山大学孙逸仙纪念医院确诊为:急性淋巴细胞白血病,需要长期住院化疗、输血等一系列治疗,周期长,医疗费用极高。同时本人母亲于5年前突发脑梗死,术后遗症在在。为了挽救孩子的生命,减轻家庭负担,恳请贵基金会给予资助帮扶,万分感谢!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。会给予资助帮扶,万分感谢!</p> <p>申请人签名: 许 2026年2月6日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病(B,IR,CR,超二伴体,脚变异超化疗),预计治疗费用叁拾万元						
	医师签名: 林伟吟 2026年2月27日						
	医院意见(盖章):						
建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 3万 元 零 拾 零 元 零 角 零 分)							
负责人签名: 林伟吟 2026年2月27日							
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟零拾元零角零分)							
负责人签名: 林钧泽 2026年2月3日							



廣東公益恤孤助學促進會  
Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收據  
(善及深呼吸共愈計劃)

病童姓名: 許	性別: 男	年齡: 2歲
病種: 急性淋巴細胞白血病	治療醫院: 中山大學孫逸仙紀念醫院	

今收到廣東公益恤孤助學促進會救助款 25,000 元 (大寫: 人民幣貳萬伍仟元), 將作為許 的治療費用。

受助人 (監護人): 許

電話

見證人 (記者/志願者/捐贈方代

表等):

電話:

經辦人: 林

電話: 18924052214

日期: 2026年3月4日

# 中山大学 孙逸仙纪念医院

## 疾病诊断证明

姓名: 性别: 男 年龄: 2岁1月 科室: 儿科一区(血液/肿瘤) 床号: 住院号:

姓名: 住院号: 出生地: 广东省揭阳市普宁市

性别: 男 年龄: 2岁1月 科室: 儿科一区(血液/肿瘤)

入院时间: 2026-01-12 09:01 出院日期: 2026-02-02 09:17

临床诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病(B<sub>2</sub>超二倍体); 2. 化疗后骨髓抑制(IV级); 3. 粒细胞缺乏(伴感染);

治疗意见:

门诊随访 出院小结



医生: 周敬华 (儿科一区(血液/肿瘤))

# 普宁市流沙东街道北山村民委员会用笺

## 情况证明

兹有我村村民许 男，身份证号码 患急性淋巴细胞白血病，现在中山大学孙逸仙纪念医院住院治疗。

其父亲许 男，身份证号码 母亲曾 女，身份证号码 现家庭无经济收入，生活困难。

特此证明



