

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（媒体推荐）

编号：2026270 温暖1723号

申请日期：2026年3月26日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地			
	曾	男	2016.03.03		江西省遂川县			
	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	广州医科大学附属第一医院	2025.01.30	350000.00元		/	<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 75%	<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 1 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 20000.00 元 3、固定资产：无套房子；无辆摩托车；无辆小车 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 checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
	父亲	曾	38	健康				
	母亲	/	/	/				/
申请救助理由（请详细描述）	（可以从确诊初期、治疗情况、家庭经济状况、治疗费需要等方面进行说明） 患者从2025年1月30日确诊急性淋巴细胞白血病至今，已完成治疗方案中的诱导缓解，巩固阶段治疗，住院2次费用及门诊外检外购药品，共花费25万元，后续治疗方案于本月28日入院化疗，使用贝林等欧单抗药品自费，整个治疗方案周期25年至3年，患儿属单亲病弱偏瘫，跟随父亲，患病后父亲全职照顾，已无收入，申请帮扶。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：曾 2026年3月26日							
调查意见	情况属实。 调查员签名：周其明 2026年4月20日							
广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥ 10,000.00 元（大写：壹万零仟零拾元正） 负责人签名： 2026年4月20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

病童姓名: 曾	性别: 男	年龄: 10
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州医科大学附属第五医院		

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), 将作为曾 的治疗费用。

受助人 (监护人): 梁

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 4 月 21 日

广州医科大学附属第五医院

出院诊断证明

流水号

姓名	曾	性别	男	年龄	9岁	籍贯	江西省吉安市	住院号	
住址	广东省广州市白云区			住院科室	儿童肿瘤病区		床号		
入院时间	2025-12-24			出院时间	2026年 01月 19 日				
出院转归	其他								
诊断： 1. 粒细胞缺乏伴发热 2. 急性B淋巴细胞白血病 中危 3. 化疗后骨髓抑制 4. 肠道真菌感染 5. 为肿瘤化学治疗疗程 6. 凝血功能异常 7. 低纤维蛋白原血症 8. 低钾血症									
建议及注意事项： 1. 按疗程返院化疗：02-01返院，02-02化疗。 2. 工作日上午，伍艳鹏主治医师 儿童肿瘤专科门诊。如有不适，门诊随诊，酌情处理。 3. 营养指导：保证能量和蛋白质供给，防止营养不良。									
医师：  2026-01-19									

备注：此证需医生签名加盖科室章，并到客服中心盖《疾病诊断专用章》

温馨提示：

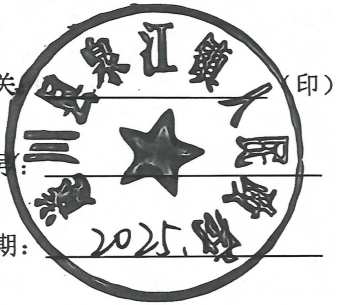
一、出院7个工作日后可通过以下方式获取复印病案资料：

1. 携身份证原件至病案管理科现场复印（临床教学综合楼一楼一站式服务中心），周一至周五（节假日除外）08:00-12:00、14:00-17:00。

2. 使用病案预约复印小程序（广医五院公众号-我的账号-病案复印预约），邮寄到家或到院自取。

备注：复印病历需携带以下证件：患者本人身份证原件，代理人身份证原件及患者复印病历资料委托书。申请复印未成年人病案，需持监护人身份证（原件）、患者户口本或出生证原件。其他具体事宜请致电咨询：

二、客服中心电话：



批准机关：_____ (印)

编 号：_____

发证日期：2025.12.12

户主姓名	曾	性别	男	出生年月	2016.3
保障人口	1	户月保障金额	C	保障类别	<input type="checkbox"/> 常补 <input checked="" type="checkbox"/> 非常补
身份证号	[Redacted]			户籍类别	<input checked="" type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业
户籍所在地	泉江 街道(乡镇) [Redacted] 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	

