

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: 2026277

申请日期: 2026年3月23日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	肖	男	2024.12.25		广东省佛山市		
	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
	朗格汉斯细胞组织增生症	孙逸仙	2025.10.16	30万		/	<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 40%	<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 3 名;		
	父亲 肖	25	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 3.5万 元		
	母亲 罗	35	良好		3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车		
申请救助理由(请详细描述)	<p>2025年10月28日确诊为朗格汉斯细胞组织增生症,刚开始走一线方案,治疗2个月左右,在第二轮复查发现肋骨和肝脏在无法控制,转为二线方案,因二线方案需要自费化疗药品昂贵,目前只有孩子爸爸一人上班,家里还有2位老人和3位小孩,花费支出很大,无法长期维持昂贵的化疗费用。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 肖 2026年3月23日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患11岁朗格汉斯细胞组织增生症,拟行化疗及靶向治疗在内的综合治疗,预计费用30万元						
	医师签名: 王文斌(副主任医师) 2026年3月23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: 王林伟 2026年3月23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: 刘杨 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: 肖 [redacted]	性别: 男	年龄: 1岁
病种: 朗格汉斯细胞组织细胞增生症		
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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为肖 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): [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: 2016年9月22日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:肖 性别:男 年龄:1岁 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:肖	住院号	出生地: 广东省佛山市南海区
性别:男	年龄:1岁	科室:儿科六区(血液/肿瘤)
入院时间: 2026-01-21 15:41	出院日期: 2026-01-30 09:58	
临床诊断: 1.朗格汉斯细胞组织细胞增生症(MS, CNS-RISK(+), R0(+), 颅骨多发、双肺多发、左侧肱骨、右侧髂骨、肝, 病灶 BRAF(+)); 2. 肝功能异常; 3. 血小板增多;		
治疗意见: 详见出院小结		
记录日期: 2026-01-30 12:54	医生: 黎阳	



家庭困难证明

兹有我社区(村委会)居民(村民) (患儿监护人姓名), 身份证号 家庭人口共 7 人, 家庭年收入为 3.5 万元。其子/女 (患儿姓名), 身份证号 患有 朗格汉斯细胞组织增生症 (疾病名称), 已在 中山大学孙逸仙纪念 医院接受治疗。因孩子治疗费用支出高, 家庭经济负担重, 基本生活出现困难。

以上所述属实, 特此证明。

村(居)委会经办人签字:

联系电话:



2026年3月23日

非我社区在册困难家庭。

