

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: 2026288

申请日期: 2026年4月10日

| | | | | | | | | |
|--|--|---|------------------------------------|------------------------------------|---|----------------------------|--------|--|
| 病童资料 | 姓名 | | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | | 户籍所在地 | |
| | 钟 | | 男 | 2012.06 | | | 广州市黄埔区 | |
| | 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 |
| | 急性髓系白血病 | | 广州市妇女儿童医疗中心 | 2025.1.06 | 30 | | / | <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 100% | <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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 0 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 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 | 钟 | 38 | 良好 | | | | |
| 母亲 | | 37 | 肠癌晚期 | | | | | |
| 申请救助理由(请详细描述) | 一家5口, 妈妈工作, 干细胞移植后, 出现肠道排异和血栓, 已花费2099万元。母亲结肠癌晚期, 家庭负担重, 希望得到帮助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 2026年4月10日 | | | | | | | |
| 医院填写 | 疾病诊断及治疗(费用) 1. 急性髓系白血病 2. 造血干细胞移植 费用约30-40万元 医师签名: 2026年4月10日 | | | | | | | |
| | 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年4月10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 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2026年4月 秘书处 | | | | | | | | |



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: 鍾 [redacted] | 性别: 男 | 年龄: 13 |
| 病种: 慢性淋病和抗痛主類 急性骨道系白血病 | 治疗医院: 广州市妇女儿童医院(珠江新城院区) | |

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), 将作为鍾 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 冼 [redacted]
电 话: [redacted]
见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____
电 话: _____
经办人: 林信勤
电 话: 18924052214
日 期: 2026年4月28日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书


姓名: 钟 性别:男 年龄:13岁 科别: 珠-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断:

1. 慢性移植物抗宿主病(肠道, 3分)
2. 血栓性微血管病
3. 巨细胞病毒血症
4. 急性髓系白血病
5. 低蛋白血症
6. 造血干细胞移植状态

医嘱及建议: 于2026-2-25至今在我院住院治疗。

医师签名:



日期:2026-04-10 11:20:09

注: 1、未经盖章, 签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。



家庭情况说明

兹有患儿钟，患急性淋巴细胞白血病疾病，性别男，年龄13岁，是广东省（区
市）广州市（州）黄埔县（区）永和乡镇（街道）新庄村民小组（居委会），（父亲：钟
母亲：周）村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全
部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：钟 身份证号 _____

患儿母亲：周 身份证号 _____

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章： _____

经办人及联系电话：钟



2016 年 4 月 10 日

