

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: 2026291

申请日期: 2026年3月30日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	高	男	2015.7.20		湖南省华容县		
	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 自发移植后	广州市妇女儿童医院	2022.7.26	70万			<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 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	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 2名; 3.6万 2、家庭年收入(不含政府补贴) 元 3、固定资产: 0套房子; 0辆摩托车; 0辆小车 4、家庭困难类型: <input 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	高	41	健康			
	母亲	高	42	身体不好			
申请救助理由(请详细描述)	患儿高 于2022年7月26日确诊急性淋巴细胞白血病, 经过两年半的化疗, 于2025.1.22确诊复发, 经过卡培氟尿嘧啶后接干细胞移植, 三年多共花费自费约70-80万, 不包括打车租房, 生活开销, 门诊, 外购药等, 患儿外公去世十多年, 外婆肾衰竭, 慢性病, 须长期吃药, 都是妈妈负担, 爷爷瘫痪多年, 长期吃药, 奶奶照顾爷爷, 没有收入, 患儿姐姐在技上学, 妈妈照顾患儿, 爸爸上班, 工资每月约3000元, 经济困难, 负债累累。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 高 2026年3月30日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1. 急性淋巴细胞白血病 费用约30-40万 2. 干细胞移植 费用约30-40万 医师签名: 何靖雯 2026年3月31日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥25000 元 (大写: 贰万五千 元 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年3月31日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥30,000.00 元 (大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年3月31日 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: 高 [模糊]	性别: 男	年龄: 10
病种: 急性淋巴细胞白血病	治疗医院: 女政儿童医疗中心	复发移植

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为高 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 郭 [模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [模糊]

经办人: 林信合

电 话: 18921052214

日 期: 2016年4月28日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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：高 性别：男 年龄：10岁 科别：增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断：1. 治疗后恢复期 2. 急性淋巴细胞白血病 3. 干细胞移植状态

医嘱及建议：患儿2026.02.01-2026.02.02于我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名：/ 科别：/

日期：2026.02.02

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。



证 明

兹有华容县注滋口镇 [REDACTED] 居民高 [REDACTED] 男，
10 岁，身份证号码为 [REDACTED] 属注滋口镇民
政办农村低保对象。



