

### 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: 2026353

申请日期: 2026年5月11日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地			
	唐	男	2023.2.16		广东连南			
	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	广州市妇女儿童医疗中心	2025.12.30	50万			<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 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			
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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 60000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小汽车 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	唐	43	健康				
	母亲	唐	41	健康				
申请救助理由(请详细描述)	<p>本人因儿子不幸确诊急性淋巴细胞白血病,需长期住院化疗,医疗费用高昂。为陪护患儿,本人无法正常工作,家庭失去一份收入来源,现已负债累累,经济极度困难。家中老人(孩子爷爷)年迈无劳动能力,且有糖尿病、高血压、脑梗死等疾病;家中尚有一名8个月大的幼女需要抚养,全家仅靠丈夫一人务工的微薄收入维持生计,无力承担患儿后续治疗费用。特此申请恤孤基金救助,望予以批准,万分感谢!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。                  申请人签名: 唐 2026 年 5 月 11 日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	急性淋巴细胞白血病(淋巴细胞、低危) 治疗费用约 40-50 万元						
	医师签名:	[Signature]					2026 年 5 月 10 日	
医院意见(盖章):		建议给予医疗救助金 ¥ 25000 元 (大写: 贰万伍仟 佰 拾 元 零 角 分)						
负责人签名:		[Signature]					2026 年 5 月 13 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 元 零 角 分)						
负责人签名:		[Signature]					2026 年 5 月 25 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: 唐	性别: 男	年龄: 3
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心 (增城院区)		

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), 将作为唐 的治疗费用。

受助人 (监护人): 唐  
电 话:  
见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):  
电 话:  
经办人: 林作善  
电 话: 189 2405 2214  
日 期: 2016年5月26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：唐 性别：男 年龄：3岁 科别：增-血液肿瘤科1组 床号 住院号：

诊断：1. 恶性肿瘤免疫治疗 2. 恶性肿瘤维持性化学治疗 3. 急性淋巴细胞白血病

医嘱及建议：患儿于2026.04.20-2026.05.08在我院增城院区血液肿瘤科住院治疗。

医师签名：彭晖 / 彭晖

日期：2026年05月08日 10:00:39

- 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。





