

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: 2026362

申请日期: 2026年5月8日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	李	男	2021.12.7		湛江遂溪		
	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
	髓母细胞瘤	珠江医院	2024.7.5	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 type="checkbox"/> 新农合 _____%	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 85%	<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____名; 2、家庭年收入(不含政府补贴)____33____元 3、固定资产: 0套房子; 1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	/	/	/			
	母亲	李	女	良好			
申请救助理由(请详细描述)	<p>尊敬的恤孤会各位爱心人士： 你们好！我是李的妈妈，今天写下这段文字，满是心酸与无助，只为给我复发重病的孩子，求一一线生的希望。恤孤会是患病孩子的希望港湾，是我们这些绝望父母唯一的光，我们2024确诊治疗到2025年9月准备结束。谁知道9月的化疗发现转移复发，所以一直治疗到现在。现在困难，医生叫我们移植，可我身无分文，只能求助贵单位帮助！感谢！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：李 2026年5月8日</p>						
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): <del>李</del> 患儿诊断为髓母细胞瘤复发，后续需化疗及自体干细胞移植，费用需20万元 医师签名：赖剑青 2026年5月8日</p>						
	<p>医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000元 (大写: 叁万零仟零拾零元零角零分) 负责人签名: 2026年5月12日</p>						
<p>广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥20,000.00元 (大写: 贰万零仟零拾零元零角零分) 负责人签名: 2026年5月25日</p>							



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: 李	性别: 男	年龄: 4
病种: 髓母细胞瘤	治疗医院: 珠江医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林佳音

电 话: 18924052214

日 期: 2026年5月26日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：李

科室：小儿血液科病区

床号：

ID号：

住院号：

科别：小儿血液科病区

入院日期：2026年04月30日

出院日期：2026年05月10日

检查结果： 详见出院小结

诊断意见：

1. 髓母细胞瘤化学治疗； 2. 髓母细胞瘤（促纤维增生/结节型，SHH型，TP53突变，高危，复发）； 3. 白细胞减少

处理意见： 住院治疗

医生签名： 赖尚蓉

日期：2026年05月10日

签发单位：（盖章）





核发单位 湛江市遂溪县民政局

发证日期: 2025年1月6日

户主姓名: 李

身份证号码

低保证编号

户主姓名	李	性别	男
出生年月	2021年12月	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	1
居住地址			
户籍地址	广东省遂溪县		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名:		姓名:	

