

广东公益恤孤助学促进会重症病童“一次救助”申请表（合作医院推荐）

编号: 2026413

申请日期: 2026年5月21日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地
	刘	男	2022年8月2日		漆河源
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号
	急性淋巴细胞白血病	广州市妇女儿童医疗中心增城院区	2025年12月9日	40-50万	
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 _____%	<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 <u>1</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>8000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</u> 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				
	母亲	黎	38	一般	
申请救助理由(请详细描述)	患儿父亲已故, 母亲独自一人抚养患儿无法工作, 平时生活支出靠亲戚救助, 现查出小孩得了白血病, 治疗费用高达40-50万, 家中唯一一辆患儿父亲生前留下的一辆二手车准备卖掉给小孩治病, 家中无值钱东西可卖生活实在无力承担如此高昂的治疗费用, 望救救我可怜的孩子! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黎 2026年5月21日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊急性淋巴细胞白血病, 治疗费用40-50万				
	医师签名: 何 2026年5月25日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 仟 零 拾 元 零 分) 负责人签名: 何 2026年6月1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 元 整) 负责人签名: 秘书处 2026年6月15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: 刘 [redacted] 性别: 男 年龄: 3岁
病种: 急性淋巴细胞的病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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), 将作为刘 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黎 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: /

经办人: 林 [redacted]

电 话: 18924052214

日 期: 2026年6月17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：刘 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. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 急性淋巴细胞性白血病

医嘱及建议：患儿于2026.03.16-2026.03.22在我院血液肿瘤科增住院治疗。

医师签名： /肖新华/王潇 /

日期：2026.03.22

- 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。



东源县骆湖镇江坑村民委员会

证 明

兹有我村 [REDACTED] 刘 [REDACTED] 男性，汉族，身份证号码：[REDACTED] 其母亲在家务农，父亲已故，家中共有4口人，爷爷奶奶年老多病，需要常年服药，家中无稳定经济收入，生活十分困难，以上情况属实。望有关部门给予照顾为盼。

特此证明！

东源县骆湖镇江坑村民委员会

2026年5月7日



