

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: 2026423

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		
	叶	男	2019.06.23		汕尾		
	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
	急淋白血病	妇女儿童	2026.02.24	30万		/	<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;		
	父亲 叶	29	良		2、家庭年收入(不含政府补贴) 80000 元		
	母亲 罗	28	良		3、固定资产: 无套房子; 无辆摩托车; 1辆小汽车		
申请救助理由(请详细描述)	<p>车贷逾期 3500 租房一个月一千多 母亲有心脏病每天要吃药 还有一个女儿因为没钱现在幼儿园也没上 现上刚做完第二疗程在医院化疗住院, ICU 急症, 总共花了十万出外了 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 罗</p> <p>孩子确诊了T型急性淋巴细胞白血病, 车贷逾期三个月每个月要3000多。 家里一共11口人, 孩子的奶奶也有心脏病每天吃药, 孩子的爸爸现在因为这个情况也没有收入, 现在在广州租一共租人一起住, 租房入每月一多, 以前家庭年收入总共8万, 现在孩子确诊这个白血病后年收入5万都不到, 只有孩子的欠跟每个做装修补贴 2026年05月21日点家用。</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病, T细胞, 于CCCG-2025-ALL方案治疗, 预计治疗总费用 20-30万。 医师签名: 林志凡 2026年5月21日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 零 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖良 2026年5月25日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥25,000.00 元 (大写: 贰万五千 佰 元 整) 负责人签名: 何靖良 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: 叶 [redacted]	性别: 男	年龄: 6周岁
病种: 急性淋巴细胞白血病	治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心	

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), 将作为叶 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 叶 [redacted]

电话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电话:

经办人: 叶 [redacted]

电话: 18924052214

日期: 2026年6月18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: 叶 性别: 男 年龄: 6岁 科别: 珠-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. 急性淋巴细胞白血病(T细胞, 中危) 3. 葡萄糖-6-磷酸酶缺乏

医嘱及建议: 患儿于2026-05-21到至今在我院珠江新城院区血液科住院治疗

医师签名:

日期: 2026-05-21



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。

