

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: 2026451

申请日期: 2026年6月7日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	卢		女	2022.2.27			河南省新乡市延津县	
	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
	急性髓系白血病		广州医科大学附属第一医院 儿童医学中心	2026.4.13	80-100万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 _____%	☐ 城镇居民 _____%	☐ 商业保险 _____%	☐ 其他保险 _____%	☒ 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>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>100000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车 4、家庭困难类型: ☒ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明; ☐ 困境儿童证明; ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
	父亲	卢	31	良好				
	母亲	卢	29	良好				
申请救助理由(请详细描述)		目前新农合还在等待期要到8月中旬才生效,从确诊到治疗结束前后总花费已经10万,后续可能还要转院治疗没有报销,现因治疗费用较高,家庭收入较低,难以承担患儿全部医疗费用现向基金会申请为患儿的治療提供经济上的爱心救助。						
本人保证上述情况完全真实, 申请人签名: 卢		2026年6月7日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性髓系白血病(M2/M4, CBFβ::MYH11), 治疗费用约 80-100万元							
	医师签名: 王明强 2026年6月8日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥40000 元 (大写: 肆万 仟 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年6月10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: 何靖雯 2026年6月29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: 卢	性别: 女	年龄: 4岁
病种: 急性骨髓性白血病	治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心	

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），将作为卢 的治疗费用。

受助人（监护人）: 卢

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: /

电 话: /

经办人: 林正新

电 话: 18924052214

日 期: 2026年6月30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：卢 性别：女 年龄：4岁 科别：增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断：1. 急性髓系白血病 (M2/M4, CBF β : : MYH11)

医嘱及建议：患儿2026. 05-27至今我院血液肿瘤增城院区住院治疗。

医师签名：

谢红

日期：2026. 06. 08

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。



家庭情况说明

兹有患儿卢 [] 患髓系白血病，性别女，年龄 4 岁，是河南省长垣市魏庄街道卢参木村 [] (父亲：卢 [] 母亲：陈 [] 村民的女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：卢 [] 身份证号： []

患儿母亲：陈 [] 身份证号： []

情况属实，特此证明。

村委会盖章：

经办人及联系电话：张 []

2020 年 6 月 5 日



