

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: 2026464

申请日期: 2026年 6月 3日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	包		女	2022年6月			山东省菏泽市单县		
	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	
	白血病		珠江医院	2025年10月	30万			☐ 是 ☒ 否	
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	残疾类型和级别: /	
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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 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	包	26	健康					
	母亲	田	27	健康					
申请救助理由(请详细描述)	因前期未给孩子办理城乡居民医疗保险,孩子患病就医产生大额费用,前期医疗费用由个人负担,家庭收入有限,日常开支较大,高额医药费造成家庭经济困难,无力承担医疗支出,特申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 田 2026年 6月 3日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为高危型急性淋巴细胞白血病,需规律化疗,治疗费用需20万元 医师签名: 2026年 6月 3日								
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000 元(大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 2026年 6月 10日								
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥30,000.00 元(大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 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: 包	性别: 女	年龄: 3
病种: 白血病	治疗医院: 广州市南方医科大学珠江医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为包 的治疗费用。

受助人 (监护人): 田

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2026 年 7 月 1 日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：包 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03月23日 出院日期：2026年04月07日
检查结果： 诊断意见： 1、急性淋巴细胞白血病化学治疗 2、急性淋巴细胞白血病（B细胞型，E2A::PBX1，HR，CR） 3、白细胞减少 处理意见：住院治疗 医生签名： 赖肖蓉 日期：2026年04月07日	

签发单位：（盖章）



证 明

兹有我村委会村民包 [REDACTED] 男, 身份证号码: [REDACTED],
其女儿包 [REDACTED] 女, 身份证号码: [REDACTED] 因病在南方
医科大学珠江医院治疗。

包 [REDACTED] 在外务工, 其妻子全身心照顾患病的女儿, 无收入来源。
除了患病孩子以外, 还要抚养另外两个孩子, 在高额的治疗费和日常
生活开支的双重压力下, 家庭陷入了临时生活困难, 望各界给与支持
和帮助, 感谢!

特此证明

黄集镇七户屯行政村村委会

2026年6月2日



