

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: 2026467

申请日期: 2026年6月24日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		女	2019年12月			广东省信宜市	
	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
	急性淋巴细胞白血病		南方医科大学珠江医院	2025年9月2日	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;		
	父亲	黄	37	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） 4万 元		
	母亲	甘	37	良好		3、固定资产: /套房子; 2辆摩托车; /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		
2025年9月确诊白血病开始治疗,到现在快在医院费用大约30万,家里3个小孩4人老人需要照顾抚养,仅靠爸爸的一个人的无固定销售收入,无力维持家庭的支出。姐姐明年6年级,妹妹中班,弟弟身体弱需要人长期照顾,卧床治疗。2023到现在,早已负债累累。一直是最听话的孩子,化疗期间饮食不好,肠胃更是不好,身体不遂,每一次化疗都发冷发抖,需要费用很多,后期治疗还需要,请知悉! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 甘 2026年6月24日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:							
	患儿诊断急性淋巴细胞白血病高危,治疗费用约需30万元							
	医师签名: 赖 2026年6月25日							
医院意见（盖章）:								
建议给予医疗救助金 ¥ 25000 元（大写: 贰万五千元整）								
负责人签名: 2026年6月24日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 25,000 元（大写: 贰万五千元整）								
负责人签名: 林钧泽 2026年6月6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: 黃 性别: 女 年龄: 6岁6个月
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 甘

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2026年7月7日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：黄

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06月08日

出院日期：2026年06月16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，DUX4::IGH, IK6, 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06月16日

签发单位：（盖章）



证明

兹证明黄 [REDACTED]，身份证号：[REDACTED]，于 2025 年 9 月 2 日经医院诊断确诊白血病。其家庭情况如下：爷爷长期卧床，鼻咽癌诊治复发等已经欠债累累，需要人照看，家庭经济来源仅依赖爸爸销售瓷砖无固定收入，收入水平低下，维持不了开支，家里另外还有两位姐妹，家里负担比较重。后续黄 [REDACTED] 治疗不断，根本无法承担医疗费用。

特此证明！

信宜市东镇街道六谢社区居民村委会

2026 年 4 月 10 日



