

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: 2026470

申请日期: 2026 年 6 月 12 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王	男	2023.5.20			广东省清远市阳山县	
	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
	急性淋巴细胞白血病	广州市妇女儿童医疗中心	2026年2月8日	50万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 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 1 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 28000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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 王	41	良好				
	母亲 潘	42	良好				
申请救助理由 (请详细描述)	本人王 清市阳山县七拱镇 村民家中孩子王 确诊急性淋巴细胞白血病, 需长期化疗, 用药及定期复查, 治疗周期长, 医药花费高昂, 我家经济条件困难, 家中还有2位老人需长期吃药打胰岛素, 降压药等, 家庭成员无固定收入, 孩子妈妈需在医院长期陪护, 无法务工, 现在只靠本人在工地接点零工维持基本生活, 自孩子患病以来, 各类医药支出已耗尽家中积蓄, 还背负巨债, 为孩子本人保证上述情况完全真实。不断治病, 恳请恤孤基金体原我家实际困难, 批准我的救助申请。 申请人签名: 王 2026 年 6 月 12 日 救助申请						
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, 预估总费用 50 万元。 医师签名: 伍子梅 2026 年 6 月 12 日						
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖曼 2026 年 6 月 15 日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 35,000 元 (大写: 叁万 伍 仟 元) 负责人签名: 林钧泽 2026 年 7 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: 王 性别: 男 年龄: 3岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 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 35,000 元 (大写: 人民币叁万伍仟元), 将作为王 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林

电 话: 18924052214

日 期: 2026年 7月 7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: 王 性别: 男 年龄: 2岁10 科别: 珠-血液肿瘤科1组 床号: 住院号:

诊断: 1. 恶性肿瘤免疫治疗 2. 恶性肿瘤维持性化学治疗 3. 肺部感染 4. 非感染性全身炎症反应综合征(CRS2级) 5. 急性淋巴细胞白血病(B细胞型, 低危)

医嘱及建议: 患儿于2026-04-07至2026-05-25在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: /廖紫薇/匡飞梅/梅越豪

日期: 2026-05-25 10:54:47

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。



证 明

兹有七拱镇村民王 [REDACTED] 身份证号码: [REDACTED]
户籍地址: 广东省阳山县七拱镇 [REDACTED], 目前是我
镇在册的农村最低生活保障人员, 特此证明。

阳山县七拱镇公共服务办

2026年4月8日



