

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: 2026469

申请日期: 2026年 6月 15日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	京		男	2026.7.3.			陈阳青市
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	原发性免疫缺陷		广州妇女儿童医疗中心	2026.5.9.	30W		/
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) 3W-6W 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	京	28	健康			
申请救助理由(请详细描述)	母亲	京	24	健康			
	京 检查出原发性免疫缺陷(连续免疫缺陷伴高 IgM, CD40LG2。现2026.6.9号在广州妇女儿童医疗中心进行干细胞移植,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,现向陈公益恤孤助学促进会重症病童申请一次救助,希望可以得到经济上的资助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 京 2026年 6月 15日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断原发性免疫缺陷病。现行干细胞移植。 费用总计 50-40W 左右。 医师签名: 何靖夏 2026年 6月 18日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥40000 元 (大写: 肆万 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖夏 慈善基金会专用章 6月 23日						
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 30,000 元 (大写: 叁万元整) 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: 袁 性别: 男 年龄: 1岁
病种: 原发性免疫缺陷 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 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为袁 的治疗费用。

受助人 (监护人): 袁

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林伟强

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：袁 性别：男 年龄：11月 科别：珠-血液肿瘤科2组 床号： 住院号：

诊断：1. 原发性免疫缺陷(X连锁免疫缺陷伴高IgM，CD40LG) 2. 马尔尼菲青霉菌感染 3. 葡萄糖-6-磷酸酶缺乏

医嘱及建议：患儿于2026.06.09至今在我院住院治疗，拟行造血干细胞移植。

医师签名：屈钰华/

日期：2026.06.09

Handwritten signature of the physician.

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。



家庭经济困难证明

兹有我辖区居民：袁，身份证号：
 。配偶：陈，身份证号：
 。其子/女：袁（患儿姓名），
出生日期：2025年7月3日，患有CD40LG基因突变、
遗传性原发性免疫缺陷病，属罕见病、出生缺陷疾病，需长
期住院治疗、基因检测及后续移植康复，医疗开支巨大。

该家庭家中人口多、收入微薄，长期承担高额医疗费用，
经济负担沉重，生活确实家庭经济困难，无多余经济能力承
担后续治疗费用。

特此证明，情况属实。

村委会（盖章）：

经办人：

联系电话：

日期：2026年6月29日

