

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: 2026484

申请日期: 2026 年 6 月 22 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	孙		女	2021年8月3日			广东省汕头市潮阳区
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	伯基特淋巴瘤		广州医科大学附属第一医院 儿科	4月25日	30万元		/
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话		
	父亲	孙	36	良好			
申请救助理由（请详细描述）	母亲	林	32	良好			
	我们来自一个普通家庭，因4月份发现小孩颌下有块东西我们立马前往广州妇儿儿童医院一系列检查，检查后医生说需要做手术4月25日被确诊（伯基特淋巴瘤）医生说急需要治疗，因没有购买小孩医保都是自费已花费9.5万元，长期的医疗支出已让这个本不富裕的家庭负债累累，爸爸也失去了工作，妈妈是个家庭主妇，家中还有两个小孩要抚养，一个9岁一个10岁，我想申请救助金希望能减轻点压力。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 2026 年 6 月 22 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 伯基特淋巴瘤 30万元						
	医师签名: 江雁 2026 年 6 月 22 日						
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 25000 元（大写: 贰万伍仟元整） 负责人签名: 何瑞度 2026 年 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: 孙 性别: 女 年龄: 4岁
病种: 白血病 治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医院

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), 将作为孙 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林

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:

林作福
18920052217
2026年7月9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: 孙 性别: 女 年龄: 4岁 科别: 增-血液肿瘤科2组 床号: 住院号:

诊断: 1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 伯基特淋巴瘤

医嘱及建议: 患儿2026.05.27-2026.06.02于我院增-血液肿瘤科2组住院治疗。

医师签名: 江 军 / 黄楚雯/李筱曼

日期: 2026年06月02日 10:00:00

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 孙，患 伯基特淋巴瘤 疾病，性别 女，年龄 4 岁，是 广东 省（区、市）汕头 市（州）潮阳 县（区）海门 乡镇（街道）新德 村民小组（居委会），（父亲：孙 母亲：林）村民（居民）的儿子 / 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：孙 身份证号

患儿母亲：林 身份证号

以上所述情况属实，特此证明。

村（居）委会地址：广东 省（区、市）汕头 市（州）潮阳 县（区）海门 乡镇（街道）新德 村民小组（居委会）

村（居）委会经办人签字：

联系电话：

（盖章）

2016 年 6 月 8 日

