

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: 2026493

申请日期: 2026年6月26日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	许		男	2020.3.4			普宁	
	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
	重型再生障碍性贫血		南方医科大学珠江医院	2022.1.27	30万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50% ☐ 城镇居民 60%	☐ 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 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 42000 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	许	38	良好				
	母亲	马	36	良好				
申请救助理由(请详细描述)	小孩子于2022年确诊再生障碍性贫血,这几年来保守治疗经常依靠输血输血小救维持生命还反复发烧咳嗽,但一直没有得到恢复,直到于2026年2月份才拟造血干细胞移植,目前已过3个月,但突发造血干细胞移植后排异并发症,报告显示二氧化碳中毒,呼吸碱中毒,可逆性后部脑白质综合征,现在在ICU昏迷抢救,因资金不足,故申请救助小孩费用,希望能得到贵会的支持。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 许 2026年6月26日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 确诊再生障碍性贫血(重型),予以造血干细胞移植治疗,合并移植术抗宿主病,仍需费用约30万元 医师签名: 李新华 2026年6月26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29日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 15,000.00 元 (大写: 壹万伍仟元) () 负责人签名: 2026年7月13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: 许 性别: 男 年龄: 6
病种: 再生障碍性贫血 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 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元), 将作为许 的治疗费用。

受助人 (监护人): 许

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14日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：许

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02月22日

出院日期：2026年04月07日

检查结果：详见出院小结。

诊断意见：

1. 重度再生障碍性贫血（20号染色体长臂部分缺失）；2. 脓毒血症；3. 继发性铁沉着病；4. 急性移植抗宿主病（I度皮肤2级）；5. 疱疹病毒感染（HHV-6B）；6. 左眼黄斑裂孔；7. 左眼黄斑前膜；8. 双眼视网膜出血；9. 窦性心律不齐；10. 胃肠功能紊乱；11. 骨髓抑制

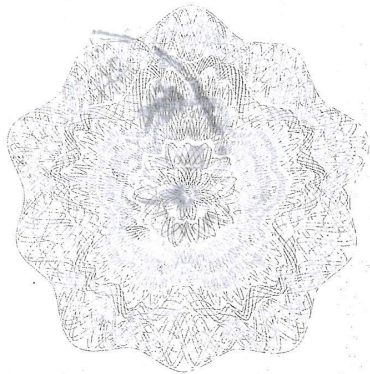
处理意见：住院治疗。

医生签名：



日期：2026年04月07日

签发单位：（盖章）



核发单位: 普宁市政府

发证日期: 2025.12

户主姓名: 许

身份证号码

编号:

户主姓名	许	性别	男
出生年月	2020.03	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	3
居住地址	流沙东街道		
户籍地址	流沙东街道		
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	许	本人	0
	许	父亲	3500
	许	母亲	0

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
姓名: 许		姓名: 许	

证明专用章

