

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: 2026497

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	
	蒋	男	2022.10.10			贵州省安顺市西秀区	
	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
	肾上腺脑组织营养不良	广州妇女儿童医学中心	2026.4.21	50万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 60 %	☐ 城镇居民 0 %	☐ 商业保险 0 %	☐ 其他保险 0 %	☐ 无
	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 247875 元 3、固定资产: 1 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	蒋	34	右手七级伤残, 未办残疾证				
母亲	刘	32	健康				
申请救助理由(请详细描述)	本人是蒋 的父亲, 家中一共有三名子女需要抚养, 全家仅靠我一个人打工维持全部生计, 我本人右手七级伤残(未办残疾证), 还患有腰椎间盘突出, 没办法从事体力劳动, 收入微薄且不稳定, 妻子只能在家照料孩子, 没有任何经济收入, 整个家庭经济条件十分困难, 从确诊至今已经花光了家里全部积蓄, 无力承担后续治疗费用, 万般无奈之下, 特此向贵会提出申请, 希望能够得到帮扶。本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 蒋 2026年 6月 12日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 肾上腺脑组织营养不良, 行肾切除及肾上腺切除术, 治疗总费用约 50万。 医师签名: 何靖臣 2026年 6月 12日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元 (大写: 伍万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖臣 2026年 6月 15日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁万 仟 元 整) 负责人签名: 何靖臣 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: 蒋 性别: 男 年龄: 3岁8个月
病种: 异染性脑白质营养不良 治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心珠江新城院区

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），将作为蒋 的治疗费用。

受助人（监护人）: 蒋

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等）: ✓

电 话: ✓

经办人: 叶少明

电 话: 18924052217

日 期: 2026年7月19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：蒋 性别：男 年龄：3岁 科别：珠-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断：1. 细胞治疗(造血干细胞移植) 2. 异染性脑白质营养不良 3. 造血干细胞移植状态 4. 肺部感染

医嘱及建议：患儿于2026. 05. 27-2026. 06. 29在珠-血液肿瘤科2组住院。

医师签名：王少峰 / 张璐

日期：2026-06-29

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。



扫描全能王 创建

低收入人口认定告知书

(确认)

刘 (身份证号码 :):

因 儿子蒋 患肾上腺脑白质营养不良产生刚性支出 16684.5 元, 家庭纯收入为 24737.5 元, 人均收入为 4874.7 元, 低于西秀区城市低保标准 9984 元/年

, 符合低收入人口认定条件, 经调查研究, 决定从 2026 年 6 月起, 纳入 (低保 ☒, 特困 ☐, 低边 ☐, 刚支 ☐) 低收入人口认定管理。享受救助保障情况: 每月发放低保金 2298.25 元, 每月发放特困供养金 元, 一次性实施临时救助元。

特此告知

乡 (镇) 人民政府 街道办事处: (盖章)

或县 (区) 民政 (社管) 局: (盖章)

2026 年 6 月 8 日

接收人签字: 刘

送达人签字: 陈

送达时间: 2026年6月8日

(工作人员请申请人签字后, 拍照上传系统)

