

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: 2026498

申请日期: 2026年6月25日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	韦		女	2014.12.26			广西马山县周鹿镇
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	急性髓系白血病		广州市妇女儿童医疗中心	2026.3.30	50万左右		
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) 56000 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	韦	36	良好			
申请救助理由(请详细描述)	母亲	徐	34	良好			
	本人韦 来自农村家庭,现已离开一个抚养孩子,我的孩子韦 在2026年3月30日被确诊为急性髓系白血病M5(高危)已经大化病两次医保报销后花8万多,现在还在住院治疗,定于2026年6月26日进行移植手术进行造血干细胞移植,长期的医疗支出耗尽所有的积蓄,现已负债十多万,但因女儿病情后期还要多次治疗,治疗费用大,家庭无法承担,特向恤孤申请救助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 韦 2026年6月25日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 急性髓系白血病 M5 高危, 进行干细胞移植治疗, 费用约 50-70 万元。 医师签名: 2026年6月25日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 40000 元 (大写: 肆万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年6月29日						
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 40,000.00 元 (大写: 肆万元整) 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: 李 性别: 女 年龄: 11
病种: 急性髓系白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠江新城院区)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 40,000 元 (大写: 人民币肆万元整), 将作为李 的治疗费用。

受助人(监护人): 李

电 话:

见证人(记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2016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: 韦 性别: 女 年龄: 11岁 科别: 珠-血液肿瘤科2组 床号: 住院号:

诊断:

急性髓系白血病(M5, 高危, KMT2A::MLLT3 (MLL::AF9))

医嘱及建议: 患儿2026-6-23至今在我院血液肿瘤可住院治疗, 拟行异基因造血干细胞移植

医师签名:

日期: 2026-06-25 11:42



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

兹证明 韦 (身份证号码:)
家庭住址: 广西马山县周鹿镇 ,
家庭为农村低保救助对象家庭。

开始享受日期为: 2026年06月01日

该证明开具日期为2026年06月11日, 自开具日期起有效期
为 6 个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	韦		06月	2026年06月01日
2	黄		06月	2026年06月01日
3	韦		06月	2026年06月01日
4	韦		06月	2026年06月01日

马山县周鹿镇人民政府 (盖章)

2026年06月11日



