

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: 2026500

申请日期: 2026年 7月 1日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	马		男	2022.04.12			宁夏中卫市	
	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
	幼年粒单核细胞白血病		广州市第一人民医院南沙医院	2025.12.30	40万元			☐ 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 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	
	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) 35 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		
申请救助理由(请详细描述)	父亲	马	32	健康				
	母亲	金	33	健康				
1. 患儿基本情况: 患儿于2025年2月30日因幼年粒单核细胞白血病入院, 后续进行长期化疗, 现正在进行造血干细胞移植治疗, 治疗周期长, 药费、检查费用高昂, 远超家庭承受能力。 2. 家庭经济情况: 家庭成员均务农, 患儿母亲需停工陪护, 看病所有费用都向亲戚、贷款借来的, 借款三十余万元, 且当地就医交通住宿开支大, 期望申请资助减缓压力。 非常感谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 金 2026年 7月 1日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 幼年粒单核细胞白血病(PTPN11、KRAS、NF1、ASXL1突变), 目前在行造血干细胞移植, 治疗费用预计30-40万元 医师签名: 陈毅敏 2026年 7月 1日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥50000 元(大写: 五万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 艾晓 2026年 7月 1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) 负责人签名: 孙利娟 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: [redacted] 性别: 男 年龄: 4岁
病种: 幼年型粒單核細胞白血病 治疗医院: 广州市第一人民医院南沙区医院

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 [redacted] 治疗费用。

受助人（监护人）: [redacted]

电 话: [redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: [redacted]

电 话: 18924052214

日 期: 2026年7月14日

广州市第一人民医院

住院（留观）患者电子诊断证明书

姓名：马 编号：
身份证号： 性别：男 年龄：4岁1月9天
病区：南沙骨髓移植病区 住院号：
入院日期：2026-05-21 床号：
出院日期：/

入院诊断：

1、幼年粒单核细胞白血病（PTPN11、KRAS、NF1、ASXL1）；2、恶性肿瘤维持性化学治疗；

出院诊断：/

病情摘要：

备注：患儿确诊幼年粒单核细胞白血病，2026-5-24转入骨髓移植病区治疗，2026-6-4回输母亲供者外周血干细胞，6-10输注脐带血，目前处于植入阶段，需继续在骨髓移植病区住院治疗。

医生签名：马

签名时间：2026-06-28 18:22

（住院病区盖章）

住院诊断证明专用章

（出入院结算处盖章）

（本诊断证明书未经医生签名及盖章无效）

海原县李旺镇团庄村民委员会便函

证明

兹有我团庄 [REDACTED] 男，身份证号为

[REDACTED] 其儿子马 [REDACTED] 男，身份证号

[REDACTED] 患病花销较大，导致家庭经济
条件困难且为我村低保户，情况属实。



