

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: 2026505

申请日期: 2026 年 6 月 24 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	卓		男	2022.1.18			广东省雷州市	
	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
	急性淋巴细胞白血病		广州医科大学附属第一医院	2026.3.27	40-50万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 85%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无		
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 3 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 3万-4万 元 3、固定资产: 0 套房子; 2 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 卓	36	糖尿病					
母亲 刘		33	良好					
申请救助理由 (请详细描述): 因患者卓 从初号检查到确诊再到后面的治疗过程中,一、二、三、疗程花费比较大,(二、三又感染),现在已经花费了(十几万)(报销后的费用),患者爷爷已不在,患者在村里带三个小孩,最小的一岁多,大的小孩读小学二年级,患者家中无房无车无存款,患者父亲又有糖尿病,家境实在是困难,无力支撑后续的治疗费用,希望得到帮助,谢谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 2026 年 6 月 24 日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 患儿诊断为急性淋巴细胞白血病,总费用 40-50 万。							
	医师签名: 2026 年 6 月 5 日 医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁 万 一 千 一 百 一 拾 元 一 角 一 分) 负责人签名: 何清是 2026 年 6 月 25 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 大 整) 负责人签名: 2026 年 7 月 15 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: 卓 性别: 男 年龄: 4岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

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), 将作为卓 治疗费用。

受助人 (监护人): 卓

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 15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：卓 性别：男 年龄：4岁 科别：增-血液肿瘤科1组 床号 住院号：

诊 断：1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 急性淋巴细胞白血病

医嘱及建议：患儿2026.06.21-2026.06.25于我院增-血液肿瘤科1组住院治疗。

医师签名：肖新华/姚锦坤

日 期：2026.06.25

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

兹有患儿卓，患急性淋巴细胞白血病疾病，性别男，年龄4岁，是广东省（区、市）湛江市（州）雷州县（区）东里乡镇（街道）东里村民小组（居委会），（父亲：卓，母亲：刘）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：卓 身份证号：_____

患儿母亲：刘 身份证号：_____

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：



