

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: 2026506温暖1746号

申请日期: 2026年 6月30日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		男	2025年5月6日			广东省广州市增城区	
	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
	先天性再生障碍性贫血		广州市妇女儿童医疗中心	2026年5月2日	30万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45%	☐ 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			
	父亲	张	43	较差				
	母亲	夏	27	较差				
1、抚养 18 岁以下儿童 31 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 0 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								
申请救助理由 (请详细描述)	患儿2025年5月6日出生就在新生儿科住了22天,所有检查都做完,最终在基因检测发现KLF1基因突变,再生障碍性贫血,骨髓穿刺做了2次,感染住院3次,输血前后有8次。单亲家庭无任何收入实在承受不住巨大的医药费用,现已欠信用卡10万元,外债8万元,只是仅靠政府每月补贴的最低生活保障金在勉强生活,恳请公益恤孤伸出援手帮助我们渡过难关。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 夏 2026年 6月 30日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 再生障碍性贫血,行造血干细胞移植,费用50-100万元。							
	医师签名: 廖 2026年 6月 30日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 40000 元 (大写: 肆万 仟 零 拾 元 角 分) 负责人签名: 何端夏 2026年 6月 30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 仟 零 拾 元 角 分) 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: 汤	性别: 男	年龄: 1岁2个月
病种: 先天性再生障碍性贫血 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠江新城)		

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), 将作为汤 的治疗费用。

受助人(监护人): 夏

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: 2016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: 汤 性别: 男 年龄: 1岁1月 科别: 增-感染科2组 床号: 住院号:

诊断: 1. 感染性腹泻 2. 轮状病毒性肠炎 3. 腺病毒性肠炎 4. 急性支气管炎 5. 先天性纯红细胞再生障碍性贫血

医嘱及建议: 患儿于2026. 6. 20-6. 28在我院增-感染科2组住院治疗。



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

持证须知

1. 此证由广州市民政局印制，区民政局管理、审批颁发。

2. 此证作为低保对象享受低保待遇和规定优惠照顾的凭证。

3. 此证应妥善保管，不准涂改和转借他人使用。如有遗失，应及时报告发证机关，同时声明作废，并向发证机关申请补发。

4. 低保资格实行定期复核，低保对象不再符合低保条件时，由发证机关予以收回并核销。

5. 持证人相片经发证机关加盖公章有效, 否则无效。



核发单位: 江宁区人民政府

发证日期: 2022年 11月 01日

户主姓名: _____ 夏

身份证号码: _____

低保证编号: _____

户主姓名	夏	性别	男
出生年月	19620206	民族	汉族
家庭人数	3	保障人数	3
居住地址	塘湖区 (镇) 社区(村)		
	详细地址:		
户籍地址	塘湖区 (镇) 社区(村)		
	详细地址:		
联系电话			
低保资金 发放账号	账户名称: 夏		
	银行账号:		
	开户行: 广州农村商业银行		

[illegible]

