



广东公益恤孤助学促进会“菩及深呼吸共愈计划”病童救助专项申请表

编号: 2026509

申请日期: 2026年6月29日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	陈		男	202304			广东省台山市		
	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	
	重型再生障碍性贫血		中山大学孙逸仙纪念医院(南海区)	2026年1月	200000元			☐ 是 ☒ 否	
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 55 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	残疾类型和级别:	
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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 80000 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 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	陈	33	良好					
	母亲	刘	32	良好					
申请救助理由(请详细描述)	因陈 患上重型再生障碍性贫血导致家庭经济困难。 自1月份确诊以来检查费、药费、治疗费、输血/输血小板等 费用已花费10万元,现进行造血干细胞移植手术和术后的抗排 异复查、药费等花费巨大,家中仅靠爸爸一支撑家庭开销,无其它经济收入来源,因此希望 本人保证上述情况完全真实。能得到救助,望批准。 申请人签名: 陈 2026年6月29日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 重型再生障碍性贫血,拟行造血干细胞移植治疗。预计总费用: 人民币贰拾万元整。 医师签名: 林伟吟 2026年6月29日								
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5 万元 (大写: 5 万 零 拾 元 角 分) 负责人签名: 林伟吟 2026年6月29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

“菩及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名: 陈 性别: 男 年龄: 3
病种: 再生障碍性贫血 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

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), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

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

项目救助款由

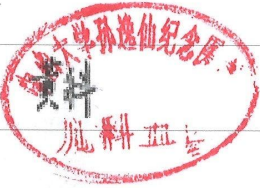


哥第菩及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:陈 性别:男 年龄:3岁1月 科室:儿科五区(过渡区) 床号 住院号

姓名:陈	住院号:	出生地: 广东省江门市台山市
性别:男	年龄:3岁1月	科室:儿科五区(过渡区)
入院时间: 2026-06-16		出院日期: 2026-06-26
临床诊断: 1. 极重型再生障碍性贫血; 2. 支气管肺炎;		
治疗意见: 现患儿于我科住院治疗, 行造血干细胞移植术		
记录日期: 2026-06-26		医生: 

家庭情况说明

兹有端芬镇上泽村委会 [REDACTED] 陈 [REDACTED]，男，
2023 年 4 月 24 日出生，身份证号码：[REDACTED]
学龄前儿童，无劳动能力，于 2026 年 1 月确诊患有重型再
生障碍性贫血。其父亲陈 [REDACTED] 有劳力能力，在台山市 [REDACTED]
有限公司做员工以作家庭经济收入来源；其母亲刘 [REDACTED] 有劳
动力，在家照顾幼儿；其哥哥陈 [REDACTED]，就读于台山市 [REDACTED]
[REDACTED] 幼儿园。无其他经济收入来源，家庭因陈 [REDACTED] 患病导
致生活困难。

其家庭情况属实，特此说明。

台山市端芬镇上泽村民委员会

2026 年 6 月 26 日



