

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2026512

申请日期: 2026年 4月 7日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	叶		女	2024.12.8			广东省广州市	
	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		新德医院	2025.12.21	30万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		新农合 70%	☐ 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 2 名;		
	父亲	叶	35	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴）30000 元		
	母亲	叶	37	良好		3、固定资产: 无套房子; 无辆摩托车; 无辆小车		
						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） 叶医生本人女儿叶 岁确诊急性淋巴细胞白血病(高危)目前正在广州新德医院接受化疗及后续治疗家庭为普通工薪家庭收入有限,治疗费用高昂,已无承担家庭承受能力且后续还有长期化疗费用治疗甚至造血干细胞移植的大笔费用,医保报销后仍有巨大缺口,为了能让孩子继续接受规范治疗早日康复,特向贵机构申请救助,恳请贵机构帮助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 叶 2026年 4月 7日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 急性淋巴细胞白血病（B, HR, 伴 KMT2A::AFF1 融合, KRAS, FLT3 突变, IKZF1 (Exon4-7) 缺失）。预计治疗费用叁拾万元。 医师签名: 叶 2026年 4月 7日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元（大写: 3 万 千 零 百 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 叶 2026年 4月 14日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 10,000.00 元（大写: 壹 万 零 千 零 百 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 叶 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: 叶 性别: 女 年龄: 1岁6个月
病种: 白血病急性淋巴细胞 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), 将作为叶 的治疗费用。

受助人 (监护人): 叶

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

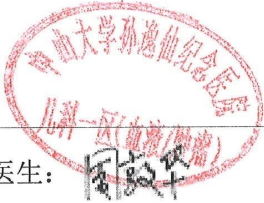
项目救助款由  哥哥菩及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:叶 性别:女 年龄:1岁3月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号: 住院号:

姓名:叶	住院号:	出生地: 广东省湛江市遂溪县
性别:女	年龄:1岁3月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间: 2026-03-22 10:38		出院日期: 在院治疗中
临床诊断: 急性淋巴细胞白血病(B型, 高危)		
治疗意见: 继续在院治疗		
记录日期: 2026-03-23 11:23		医生: 周政平



遂溪县附城镇四九村民委员会

证明

兹有我村委会叶 [REDACTED]，男，身份证，[REDACTED]。据本人所述和提供中山大学孙逸仙纪念医院疾病诊断证明。其女儿叶 [REDACTED] 身份证，[REDACTED]，患有急性淋巴细胞白血病，在中山大学孙逸仙纪念医院进行化疗约一个月（其中药物部分外购不纳入医保），之后维持期2年，期间总花费大约100万元，叶 [REDACTED] 患病以来，父母在院照顾小孩，没有稳定收入，巨大医疗开支，已致家庭生活拮据。



