

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: 2026520

申请日期: 2026 年 6 月 17 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	2019.3.1			广东普宁	
	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 附属妇女儿童 医院中心	2026.4.16	40万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和 级别: /
购买保险情况及报 销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 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	陈	31	良好				
	母亲	黄	31	良好				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>3</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>3万</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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								
申请人理由 (请详细描述): 本人儿子陈 2019年3月1日出生,于2026年4月16日确诊急性淋巴细胞白血病,现长期在广州医科大学附属妇女儿童医院中心进行化疗治疗,孩子需持续多疗程化疗,定期复查,免疫力极低,治疗周期长,医药费开支巨大。家中另有2名未成年子女需要抚养,自付医疗费用压力极大,家庭已无力承担后续治疗开支。现特向贵会申请重症病童医疗救助,缓解家庭经济压力,助力孩子完成全程治疗。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2026 年 6 月 17 日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 急性淋巴细胞白血病,总费用 40万左右 医师签名: 钟子 2026 年 6 月 24 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 32000 元 (大写: 叁 万 二 千 元 整)							
	负责人签名: 何靖雯 2026 年 7 月 7 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰 万 五 千 元 整) 负责人签名: 林钧泽 2026 年 7 月 20 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: 陈	性别: 男	年龄: 7岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黄

电 话: 134 244 4444

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: 134 244 4444

经办人: 林

电 话: 18924052214

日 期: 2026年 7月21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: 陈 性别: 男 年龄: 7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2026.06.11至今于我院增-血液肿瘤科1组住院治疗。

医师签名: 肖新华/潘卓然

日期: 2026.06.18

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。



普 宁 市
流沙东街道上塘村民委员会用笺

家庭情况说明

兹有患儿陈 患白血病疾病.男

今年7岁.户籍地址:广东省普宁市流沙东街道上塘

村 其父亲:陈 母亲:黄

其子陈 因病治疗费用较高.家庭收入偏低.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:陈 身份证号码

患儿母亲:黄 身份证号码

以上情况属实.特此证明

流沙东街道上塘村民委员会.

电话

钟

2026.6.23

