

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: 2026524

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
	谭		男	2025.5.21			广东省博罗县梅河镇
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	急性淋巴细胞白血病		中山大学孙逸仙纪念医院	2026.3.28	20万左右		
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 商业保险 ☐ 其他保险	☒ 城镇居民 60%	☐ 商业保险 ☐ 其他保险	☐ 无	是否残疾 ☐ 是 ☒ 否 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;		
	父亲 谭	34	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 元		
	母亲 赵	28	良好		3、固定资产: 1 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): 我的儿子确诊急性淋巴细胞白血病医生给了治疗方案要6-8个月疗程7-8个月时间目前估算20万 家庭情况,几年前父亲被确诊患上肝硬化和下咽癌,后续一系列治疗花费二十多万,母亲难并未就此止步,2017-2018年间,母亲又确诊各淋巴瘤,要为母亲治病又支出十几万,现小孩子住院治疗期间我和老婆互相照顾小孩,基本上没有收入,巨大开支,导致家庭破裂十分困难。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 谭 2026年 6月 17日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿我院诊断急性淋巴细胞白血病(B,SR,CR,伴NRAS突变,高一倍倍型改变),按SCCG-Bcell IALL-2024方案化疗,预计治疗费用约30万元。 医师签名: 何程九 2026年 6月 17日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5万 元 (大写: 5万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林伟吟 2026年 7月 10日						
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 35,000.00 元 (大写: 3万 5仟 佰 拾 元 角 分) 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

“菩及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名:	譚	性别:	男	年龄:	1
病种:	急性淋巴细胞白血病	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 35,000 元（大写：人民币叁万伍仟元），将作为譚 的治疗费用。

受助人（监护人）: 譚
电 话
见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:
电 话:
经办人: 18924052214
电 话: 18924052214
日 期: 2026年7月22日

项目救助款由



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:谭 性别:男 年龄:10月6天 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:谭	住院号	出生地:广东省惠州市博罗县
性别:男	年龄:10月6天	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间:2026-03-27	出院日期:-	
临床诊断:婴儿急性淋巴细胞白血病(B)		

治疗意见:
继续住院治疗。

记录日期:2026-03-31

医生:

户主
照片

(核发单位加盖钢印)

核发单位: 博罗县民政局

发证日期: 2026年6月4日

户主姓名: 谭

身份证号码:

低保证编号:

户主姓名	谭	性别	男
出生年月	1992年12月	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	5人
居住地址	博罗县横河镇		
户籍地址	博罗县横河镇		
低保资金 发放账号			
家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	谭	配偶	
	谭	女儿	
	谭	儿子	
	谭	母亲	

家庭成员照片

核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:



