

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: 2026527

申请日期: 2026年 7月1 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	吴		女	2014年9月			广东省廉江市	
	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
	急性髓系白血病		湛江中心人民医院	2026年4月	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 60 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无 市医保		
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	吴	40	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） 约5万 元（负债）		
	母亲	黄	43	良好		3、固定资产: 0 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）		本人吴失漏为吴 的父亲，2026年4月确诊急性髓系白血病。目前休学，拟行造血干细胞移植，因大哥刚大专毕业，在家里照顾连桥的（爷爷），小哥哥于2026年确诊癫痫。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 吴 2026年 7月1 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 急性髓系白血病（高危组），拟行造血干细胞移植，后续预估费用约20万元。 医师签名: 刘瑞宁 2026年 7月3 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥50000.00元（大写: 伍万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 刘瑞宁 2026年 7月3 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥50,000.00元（大写: 伍万元整） 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: 吳	性别: 女	年龄: 11
病种: 白血病(髓系高危组) 治疗医院: 湛江市中心人民医院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 50,000 元 (大写: 人民币伍万元整), 将作为吳 的治疗费用。

受助人 (监护人): 吳

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 符信

电 话: 18924052214

日 期: 2026年7月22日

湛江中心人民医院 疾病诊断证明书

姓名: 吴	科室: 血液内科	床号	住院号
姓名: 吴	住院号	出生地: 广东省湛江市廉江市	
工作单位: 无		职业: 学生	
性别: 女	年龄: 11岁	科室: 血液内科	
入院日期: 2026-06-07 12:18		出院时间: 2026-06-16 07:47	
出院诊断: 1、化疗后骨髓抑制 2、急性髓系白血病 (IDH2、RUNX1基因突变, 高危组) 3、筛窦炎 4、额窦炎 5、上颌窦炎			
治疗意见: 详见出院小结。			
记录日期: 2026-06-16 07:46		医生: 吴海辉 229 盖章: 	



核发单位: 廉江市民政和退役军人事务局

发证日期: 2026年6月8日

户主姓名: 吴

身份证号码:

编号:

户主姓名		性别	
出生年月	吴	民族	女
社保卡 (医保卡) 号码	2014年09月	家庭人口	5
居住地址	廉江市良垌镇		
	湛江 廉江 良垌镇		
户籍地址			
家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	吴	父母	0.00
	劳	父母	0.00
	吴	兄弟姐妹	0.00
	吴	兄弟姐妹	0.00

家庭成员情况	姓名	关系	月收入
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:	

