

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: 2026525

申请日期: 2026年06月30日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	梁		男	2012.04			广东肇庆封川镇	
	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
	重度再生障碍性贫血(范可尼贫血)		广州市第一人民医院南沙医院	2020.03	25万		/	☐ 是 ☐ 否 残疾类型和级别: /
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		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	梁	55	肢残四级				
	母亲	侯	52	良好				
1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 108000 元 3、固定资产: 1 套房子; 1 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)	我家是农村低保户,共6口人。我今年14岁,7岁确诊再生障碍性贫血,此前自费超8万元,住院押金通过借款支付,手术费约15万元。父亲中风肢残四级,无收入。母亲为照顾我辞了工作,无收入。大哥收入约4千元,大姐收入约5千元,大姐有2.6万元助学贷款未还。二姐即将上高中。现在在医院附近租房治病,月租金约1300元,为治病已欠债9.8万元,经济压力大,特此申请! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 梁 2026年06月30日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患者目前确诊范可尼贫血,重度再生障碍性贫血。 治疗费用预计20~30万元							
	医师签名: 陈艳敏 2026年7月2日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥50000 元(大写: 五 万 零 零 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 黄月星 2026年7月6日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥95,000.00 元(大写: 九 万 五 千 正 元) 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：梁 性别：男 年龄：14岁
病种：重症再生障碍性贫血 治疗医院：广州市第一人民医院南沙医院
(范可尼贫血)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 45,000 元（大写：人民币肆万伍仟元），将作为梁 的治疗费用。

受助人（监护人）：侯

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等）：

电 话：

经办人：

电 话：18924052214

日 期：2026年7月22日

广州市第一人民医院
住院（留观）患者电子诊断证明书

姓名：梁 编号：
身份证号： 性别：男 年龄：14岁
病区：南沙血液内科二区 住院号：
入院日期：2026-06-22 床号：
出院日期：-

入院诊断：1、范科尼贫血；2、重度再生障碍性贫血；

出院诊断：-

病情摘要：

备注：患者诊断明确，有造血干细胞移植指征，拟2026-06-30转骨髓移植病区行异基因造血干细胞移植，拟07-10回输中华骨髓库无关供者造血干细胞。

医生签名：刘锦尧

签名时间：2026-06-28 13:43

（住院病区盖章）

住院诊断证明专用章

（出入院结算处盖章）

（本诊断证明书未经医生签名及盖章无效）

证明

兹有本村 梁 (男)身份证号 与本
村 梁 身份证号 是父子关系。其父子
都是本村现享城乡低保人员。情况属实。

特此证明

证明人：侯

电话：

容县 黎村镇新塘村村委会



