

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: 2026528

申请日期: 2026年7月4日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	薛		女	2015.10.24			广东省广州市黄埔镇	
	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
	急性淋巴细胞白血病		广东省人民医院	2026.5.1	20万			☐ 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		
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 5 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 5000 元 3、固定资产: 0 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			
	父亲	薛	36	残疾				
	母亲	陈	35	健康				
申请救助理由(请详细描述): 家庭经济困难, 薛 2026年确诊急性淋巴细胞白血病, 需长期承担高昂医药费, 且父亲肢体残疾四级, 母亲无业全程照顾生病的女儿, 五名未成年子女需养育。家庭经济负担大, 需申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 薛 2026年7月4日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病, 全程治疗需预估20万元。 医师签名: 林 2026年7月8日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 20000 元 (大写: 贰万零仟零佰零拾零元零角零分) 社会工作部 负责人签名: 林 2026年7月9日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 20,000.00 元 (大写: 贰万元整) 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:	薛	性别:	女	年龄:	10岁
病种:	急性淋巴细胞白血病	治疗医院:	广东医科大学附属第一医院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元（大写：人民币贰万元整），将作为薛 的治疗费用。

受助人（监护人）: 薛

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

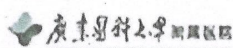
电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2026年 7月 22日

广东医科大学附属医院



疾病诊断证明书

编号

姓名	苗	性别	女	年龄	10岁	职业	
证件号码				住址/单位			
入院日期	2026-05-20	住院号		科室	(海东) 儿童血液肿瘤专科病房		
临床 诊断	1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 急性淋巴细胞白血病 3. 化疗后骨髓抑制 4. 败血症 5. 中度贫血 6. 药物性肝损伤 7. 胃肠功能紊乱						
处理 意见	患儿于2026-05-20至2026-06-17在我院住院治疗						
医师	刘丽丽			签发日期	2026年06月17日09时16分		



吴川市黄坡镇大院村民委员会

证 明

兹有我大院村委会 村民薛 男，身份证号码：

该村民家庭人口共 7 人，家庭成员分别为：

配偶：陈 女，身份证号码：

女儿：薛 女，身份证号码：

女儿：薛 女，身份证号码：

女儿：薛 女，身份证号码：

女儿：薛 女，身份证号码：

儿子：薛 男，身份证号码：

该村民平时只靠打散工收入维持家庭生活开支，家庭无稳定经济收入、收入微薄，主要收入来源单一，无固定务工工作，家庭多个子女上学，日常开支大，生活负担较重。家庭经济困难，以上情况属实。

特此证明

吴川市黄坡镇大院村民委员会

2026 年 6 月 8 日



