

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: 2026529

申请日期: 2026 年 7 月 6 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	李		男	2023年4月3日			山东省菏泽市曹县
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	幼年粒单核细胞白血病		广州市第一人民南沙医院	2024年4月29日	50万		/
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 <u>1</u> 名;	
	父亲	李	24	正常		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>0</u> 元	
申请救助理由（请详细描述）	母亲	王	23	正常		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						
您好, 是在2024年4月29日在北京儿童医院确诊为幼年粒单核细胞白血病, 确诊后就一直化疗, 2024年10月8日在天津血研所做了一次脐血移植, 2025年4月复发再次化疗, 2025年9月到了广州第一人民南沙医院依然化疗, 2025年12月24日做了二次干细胞移植, 目前依然在化疗、吃药、抗排异治疗。两年多我和孩子爸爸没有收入, 两次移植花费太大了, 小的人经历多次化疗、骨穿、抽血、各种检查, 我们本人保证上述情况完全真实。实在承担不起了。 申请人签名: 王 2026 年 7 月 6 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿确诊幼年粒单核细胞白血病, 现二次移植后6月余, 预估总费用30-50万。						
	医师签名: 陈艳红 2026 年 7 月 6 日						
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元（大写: 伍万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 黄月琴 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: 李 性别: 男 年龄: 3岁
病种: 幼年粒单核细胞白血病 治疗医院: 广州市第一人民医院南沙院区

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), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王

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

广州市第一人民医院
住院（留观）患者电子诊断证明书

姓名：李 性别：男 年龄：3岁1月15天
身份证号： 住院号：
病区：南沙细胞与基因治疗病区 床号：
入院日期：2026-05-28 出院日期：2026-06-01

入院诊断：1、恶性肿瘤维持性化学治疗；2、幼年粒单核细胞白血病；3、造血干细胞移植状态(父供子，B+供A+，脐血女，A+)；

出院诊断：1、恶性肿瘤维持性化学治疗；2、幼年粒单核细胞白血病；3、造血干细胞移植状态(父供子，B+供A+，脐血女，A+)；4、高脂血症；

病情摘要：

备注：

医生签名：宋

签名时间：2026-06-04 11:56

(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)

山东省郛城县丁里长街道芦营村委会信笺

证明

兹有我村村民李 [redacted] 身份证号

[redacted] 妻子 [redacted] 儿子

李 [redacted] 系我村低保户。因儿子有病

生活非常困难。收入微薄靠低保

维持生活

特此证明

郛城县丁里长街道芦营村委会

2026. 7. 1.

