

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: 2026532

申请日期: 2026 年 7 月 7 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		男	2017.4.13			广东省普宁市	
	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
	伯基特淋巴瘤 12 期, Groupe 组 白血前期		南方医科大 学珠江医院	2026 年 5 月 14 日	40 万			☐ 是 ☒ 否
病童家庭情况	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	残疾类型和级别:
	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 3 名;			
	父亲 张	37	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 3 万 - 4 万 元			
申请救助理由（请详细描述）	母亲 叶	36	健康		3、固定资产: 无 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			
患儿 5 月份确诊: 伯基特淋巴瘤, 在 ICU 急救后开始化疗, 到现在报销后花费大概 10 多万, 后续还需要长期治疗, 父亲一个人工作, 收入三四年母亲在家照顾三个孩子和一个老人没有收入, 家庭困难, 低保家庭支撑不起后续高昂的治疗费, 所以求助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2026 年 7 月 7 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:							
	诊断: 伯基特淋巴瘤 (IV 期, Groupe C 组, MYC-IGH, 淋巴瘤) 大概花费 30-40 万							
	医师签名: 张 2026 年 7 月 7 日							
医院意见（盖章）:								
建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元（大写: 五 万 零 百 零 拾 元 零 角 零 分）								
负责人签名: 2026 年 7 月 13 日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 35,000.00 元（大写: 叁 万 伍 仟 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: 张 性别: 男 年龄: 9
病种: 伯基特淋巴瘤(IV期) 治疗医院: 南方医科大学珠江医院
group C组, 白血病期,
IGH: MYC)

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), 将作为张 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

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 23 日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：张

科室：小儿血液科病区

床号

ID号

住院号

科别：小儿血液科病区

入院日期：2026年05月10日

出院日期：2026年05月29日

检查结果：详见出院小结

诊断意见：

1. 伯基特淋巴瘤（IV期，Group C组，白血病期，IGH::MYC）；2. 肿瘤溶解综合征；3. 急性肾损伤；4. 高乳酸血症；5. 脓毒血症；6. 胸腔积液；7. 腹腔积液；8. 代谢性酸中毒；9. 高尿酸血症；10. 高磷血症；11. 高甘油三酯血症；12. 高氨血症；13. 肺炎；14. 上颌窦炎；15. 高血压；16. 低镁血症；17. 低钾血症；18. 转氨酶升高；19. 化疗后骨髓抑制

处理意见：住院治疗

医生签名：



日期：2026年05月29日

签发单位：（盖章）

普宁市南径镇青洋村村民委员会

证明

兹有我村村民张 [REDACTED] 男，身份证号码：
[REDACTED] 低保编号是 [REDACTED] 该
家庭是我村 2026 年 6 月 1 日低保户，情况属实。

特此证明



