

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: 2026591

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	
	刘		男	2021年9月5日			广州从化	
	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		广州医科大学 附属妇女儿童 医疗中心	2026年4月27日	80万-100万			☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>3万</u> 元 3、固定资产: <u>1</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		
	父亲	刘	38	良好				
	母亲	刘	33	良好				
申请救助理由（请详细描述） 患儿刘 确诊急性髓系白血病，病情危重，后续化疗、复查治疗预估总费用高昂，给家庭带来沉重经济压力。家中夫妻二人务工收入微薄，家庭年收入仅3万元，除去孩子日常开销，患儿治疗支出后基本无结余。家中尚有一名未满1周岁的幼子需要照料，开支较大。患儿爷爷常年患有高血压，需长期服药控制病情，无退休金，公婆在家务农，收入极不稳定，且未缴纳社保、医保，无任何医疗保障，一旦生病全部自费。家中仅有一套自住房屋，无其他额外收入来源，新农合报销比例有限，高额治疗费用早已超出家庭承受能力，家庭经济十分困难，无力独自承担孩子全部医疗开销。现向促进会申请重症病童医疗救助，恳请给予救助资金，缓解家庭治病压力，万分感谢！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 邓 2026 年 7 月 6 日								
医 院 填 写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿刘 确诊急性髓系白血病，后续需持续治疗，总费用 80-100万元 医师签名: 李 2026 年 7 月 6 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 35000 元（大写: 叁万伍仟 拾 元 角 分） 负责人签名: 何靖雯 2026 年 7 月 7 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 30,000.00 元（大写: 叁万元整） 负责人签名: 林钧泽 2026 年 8 月 10 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: 刘 性别: 男 年龄: 4岁11个月
病种: 急性髓系白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠江新城院区)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为刘 的治疗费用。

受助人 (监护人): 邓

电 话: 18924052214

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: 18924052214

经办人: 林仕福

电 话: 18924052214

日 期: 2026年8月11日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名：刘 性别：男 年龄：4岁 科别：珠-血液肿瘤科2组 床号： 住院号：

诊断： 1. 造血干细胞移植状态 2. 急性髓系白血病

医嘱及建议：患儿于2026. 07. 20-至今于我院珠-血液肿瘤科2组住院治疗，2026. 08. 03回输父亲外周血干细胞，特此证明。

医师签名：王少奇 / 李 日期：2026-8-3 9:43:42



注：1、未经盖章，签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明，不得作其它证明使用。



证明

兹有温泉镇南星村村民刘 (身份证号码:) 家庭人口6人, 父亲刘 (身份证号码:); 母亲黎 (身份证号码:); 妻子邓 (身份证号码:); 长子刘 (身份证号码:); 二子刘 (身份证号码:), 由于父亲母亲年老体弱无劳动能力, 妻子在家照顾小孩和父亲母亲, 家庭主要收入来源靠本人务工来维持家庭, 现长子刘 患有白血病需要骨髓移植, 由于治疗儿子的费用和照顾年迈的父亲母亲导致家庭困难。

特此证明



