

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: 2026590

申请日期: 2026年 7 月 23 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	[模糊]		女	2022年9月23日	[模糊]		汕头市	
	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
	急性淋巴细胞白血病		珠江医院	2025年10月23日	20万	[模糊]	[模糊]	☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	残疾类型和级别: /
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>15000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</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	[模糊]	32	良	[模糊]			
	母亲	[模糊]	33	良	[模糊]			
申请救助理由（请详细描述）	家中唯一子女，自2025年10月23日确诊急性淋巴细胞白血病，长期在南方医科大学珠江医院治疗，治疗周期漫长，化疗、药物、检查等各项医疗开支巨大，为照料女儿，夫妻两人放弃工作全程陪护，断绝了所有收入来源，家中还有一个在读小学的孩子需要照顾，唯一的经济来源来自家中年迈的爷爷打工的微薄收入支撑，持续不断的医疗费用掏空了家里的所有积蓄，但微薄的投入高额医药费和康复治疗，家庭经济陷入严重困难，恳请获得援助，帮助孩子继续治疗。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: [模糊] 2026年 7 月 23 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿确诊急性淋巴细胞白血病，需足疗程化疗，定期复查骨髓、腰穿评估原发病。预计费用约20万。							
	医师签名: [模糊]				2026年 7 月 23 日			
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥30000 元（大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: [模糊] 2026年 7 月 24 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: 欧 性别: 女 年龄: 3岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

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), 将作为欧 的治疗费用。

受助人 (监护人): 欧

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:

村 长 李 志 强
189 2405 2214
2026 年 8 月 11 日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：欧

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06月24日

出院日期：2026年07月02日

检查结果：

详见出院小结

诊断意见：

1. 急性淋巴细胞白血病化疗后； 2. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，IR，IKZF1大片段缺失，FLT3）；
3. 化疗后骨髓抑制； 4. 转氨酶升高； 5. 血淀粉酶增高

处理意见：

住院治疗

医生签名：

余新平

日期：2026年07月02日

签发单位：（盖章）



证明

兹有我村委会村民欧 [REDACTED] 身份证号: [REDACTED], 其小
女儿 [REDACTED] 女, 身份证号: [REDACTED] 因病在南方医
科大学珠江医院治疗。

欧 [REDACTED] 及其妻子在医院全身心照顾患病的女儿, 无收入来源。在高额
的治疗费和日常生活开支的双重压力下, 家庭陷入了临时生活困难,
望各界给与支持 and 帮助, 感谢!

特此证明

隆都镇樟籍村委会

2026 年 7 月 23 日



