

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: 2026601

申请日期: 2026 年 06 月 27 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		男	2023-12-29			广东陆丰市	
	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
	间变大细胞淋巴瘤 ALK 阳性		广州医科大学 附属妇女儿童 医疗中心	2026-04-16	60万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和 级别: /
	购买保险情况及报 销比例		☒ 新农合 40050 % 60-70	☐ 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			
	父亲	陈	39	健康				
	母亲	梁	39	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 50000 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 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								
申请救助理由 (请详细描述): 1. 目前抚养 2 个孩子, 大儿子今年 4.5 岁, 在 2 岁确诊自闭症, 需长期进行干预治疗。 2. 在早先大儿子确诊自闭症时, 一直忙于孩子的治疗, 前期的存款全部用于大儿子自闭症的 治疗当中, 导致两夫妻没有稳定的工作收入来源。 3. 金金今年 2026 年 4 月份确诊小儿子患有恶性肿瘤, 需要长期治疗, 是一个长期支出。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2026 年 6 月 27 日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 孩子确诊间变大细胞淋巴瘤, 需进行化疗治疗方式。 预计前期治疗和后期康复费用预计在 60-70 万之间 医师签名: 阮飞雁 2026 年 06 月 28 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 35000 元 (大写: 叁万伍仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 阮靖雯 慈善基金审核专用章 2026 年 7 月 28 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 40,000.00 元 (大写: 肆万元整) 负责人签名: 林钧泽 2026 年 8 月 10 日 秘书处							



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: 陈 [redacted] 性别: 男 年龄: 2岁7月
病种: 淋巴瘤 治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 40,000 元 (大写: 人民币肆万元整), 将作为陈 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: [redacted]

电 话: 18924052214

日 期: 2026年8月12日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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：陈 性别：男 年龄：2岁6月科别：增-血液肿瘤科2组 床号： 住院号：

诊 断：1. 间变大细胞淋巴瘤 2. 感染性发热 3. 化疗后骨髓抑制

医嘱及建议：患儿于2026. 07. 15-2026. 07. 18于观察室治疗。

医师签名：江 华 / 黄 莹 / 马菁菁

日 期：2026年07月18日 10:00:00

- 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。



家庭情况说明

兹有患儿陈患间变大细胞淋巴瘤疾病，性别男，年龄2岁，
是广东省（区、市）佛山市市（州）禅城区县（区）禅城乡镇（街道）磨涌
村民小组（居委会），（父亲：陈 母亲：梁 村民（居民）
的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，
现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：陈 身份证号：

患儿母亲：梁 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

经办人及联系电话：

2026 年 06 月 20 日

