

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: 2026603

申请日期: 2026 年 7 月 10 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	黄	男	2014年10月		广东省江市		
	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
	T淋巴细胞和骨髓系混合表型急性白血病	广东医科大学附属医院	2026年3月31日	50万			☒ 是 ☐ 否 残疾类型和级别: /
病童家庭情况	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
	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 5000 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		
	父亲 黄	42	良				
	母亲 黄	45	一般				
申请救助理由(请详细描述)	患儿黄 现11周岁,于2026年3月31日经广东医科大学附属医院确诊T淋巴细胞白血病,现维持性化疗,后续还需骨髓移植,所需大额的医疗费,父母须陪护无法工作,难以维持,特向广东公益恤孤助学促进会申请救助。 本人保证上述情况完全真实 申请人签名: 黄 2026 年 7 月 10 日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): T淋巴细胞和骨髓系混合表型急性白血病,需做骨髓移植手术,全程费用预估50万元。 医师签名: 蓝翔 2026 年 7 月 10 日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥35000 元 (大写: 叁万伍仟零拾零元零角零分) 社会工作人员签名: 蓝翔 2026 年 7 月 22 日						
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟元) 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: 黃 [redacted]	性别: 男	年龄: 11
病种: T淋巴细胞和髓系混合表型急性白血病		
治疗医院: 广东医科大学附属医院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为黃 [redacted] 治疗费用。

受助人 (监护人): 黃 [redacted]
电 话: [redacted]
见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /
电 话: /
经办人: 林 [redacted]
电 话: 18924052214
日 期: 2026 年 8 月 12 日

广东医科大学附属医院



疾病诊断证明书

编号: [redacted]

姓名	黄 [redacted]	性别	男	年龄	11岁	职业	/
证件号码	[redacted]			住址/单位	/		
入院日期	2026-07-07	住院号	[redacted]	科室	(海东) 儿童血液肿瘤专科病房		
临床 诊断	1. 甲氨蝶呤中毒 2. 恶性肿瘤维持性化学治疗 3. T淋巴细胞和髓系混合表型急性白血病 4. 真菌感染 5. 细菌性肺炎 6. 继发性血小板减少 7. 化疗后骨髓抑制 8. 中度贫血 9. 乳酸脱氢酶升高 10. 全身性疼痛 11. 静脉血栓形成						
处理 意见	患儿于2026-07-07至2026-08-03在我院住院治疗						
医师	蓝翔			签发日期	2026年08月03日08时43分		



廉江市塘蓬镇安和村民委员会

证明

兹证明我村委园岭村村民黄 身份证号:

家庭住址廉江市塘蓬镇

全家总人口 4 人, 家庭经济困难; 家庭经济困难原因: 黄
于 2025 年 3 月底确诊 T 淋巴母细胞白血病, 需长期承担
高昂医药费, 家庭因病致贫, 且父母无业, 全程照顾生病孩
子, 目前家庭无其他收入来源。

上述情况属实, 特此证明。

安和村委会 (盖章)

2026 年 7 月 2 日



