

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: 2026606

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		
	陈		女	2023年7月			湛江市市辖区		
	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(B系)		广东医科大学附属医院	2026年2月7日	10万元			☐ 是 ☒ 否	
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 65%	☐ 城镇居民 0%	☐ 商业保险 0%	☐ 其他保险 0%	☐ 无	疾病类型和级别: /	
	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 0 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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)	父亲	陈	34	视力残疾(壹级)					
	母亲	吴	41	智力残疾(叁级)					
我的女儿陈 在2026年2月,身上陆续出现不明原因的淤斑、淤点,在广东医科大学附属医院检查,被确诊为急性淋巴细胞白血病(B系)。我和妻子都是残疾人,平时依靠残疾补贴、特困人员救助补贴生活。女儿生病后需要支付高昂医药费,承担治疗费、康复费及抚养照料费,且目前无任何收入来源,希望得到医疗救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2026年7月6日									
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病(B系), 全程治疗费用预估 10万元。 医师签名: 苏 2026年7月8日								
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 5000 元(大写: 伍仟零零零元零角零分)								
	负责人签名: 2026年7月22日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 5,000.00 元(大写: 伍仟元整) 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: 陈 性别: 女 年龄: 3 岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 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 5,000 元 (大写: 人民币
伍仟元整), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 尹东

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 8 月 17 日

广东医科大学附属医院



疾病诊断证明书

编号: 20260614033

编号

姓名	22陈	性别	女	年龄	2岁	职业	-
证件号码				住址/单位	-		
入院日期	2026-06-06	住院号		科室	(海东) 儿童血液肿瘤专科病房		
临床 诊断	1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 急性淋巴细胞白血病(B系 中危) 3. 化疗后骨髓抑制 4. 肝功能检查的异常结果 5. 中度贫血						
处理 意见	患儿于2026-06-06至2026-06-14在我院住院治疗。						
医师	蓝翔			签发日期	2026年06月14日08时53分		



3、通过媒体报道申请，需提供现治疗的医院（必须是广东省公立医院）开具的诊断证明（从申请之日3个月以内）。



湛江经济技术开发区民安街道办事处公共服务办公室

证 明

兹有我街道新安村委会 陈 性别：女，身份
证号码： 为事实无人抚养儿童。

特此证明。



