

# 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: 2026616

申请日期: 2026 年 7 月 30 日

|                                |                                                                                                                                                                              |            |                                              |                                 |                                 |                                 |                                                                                |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                           | 姓名                                                                                                                                                                           | 性别         | 出生年月                                         | 身份证号码                           |                                 | 户籍所在地                           |                                                                                |
|                                | 蔡                                                                                                                                                                            | 男          | 2021.4.2.                                    |                                 |                                 | 广东省揭阳市普宁市                       |                                                                                |
|                                | 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                                                                           |
|                                | 伯基特淋巴瘤                                                                                                                                                                       | 广州妇女儿童医疗中心 | 2026.4.29.                                   | 30万                             |                                 | /                               | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: / |
| 病童家庭情况                         | 购买保险情况及报销比例                                                                                                                                                                  |            | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 55 % | <input type="checkbox"/> 城镇居民 % | <input type="checkbox"/> 商业保险 % | <input type="checkbox"/> 其他保险 % | <input type="checkbox"/> 无                                                     |
|                                | 姓名                                                                                                                                                                           | 年龄         | 健康情况                                         | 联系电话                            | 1、抚养 18 岁以下儿童 2 名;              |                                 |                                                                                |
|                                | 父亲 蔡                                                                                                                                                                         | 34         | 健康                                           |                                 | 2、家庭年收入（不含政府补贴） 4万 元            |                                 |                                                                                |
|                                | 母亲 蔡                                                                                                                                                                         | 32         | 健康                                           |                                 | 3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车    |                                 |                                                                                |
| 申请救助理由（请详细描述）                  | 4、家庭困难类型:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 |            |                                              |                                 |                                 |                                 |                                                                                |
|                                | 小朋友确诊到现在已经自费花了十一万,家中还有一个11月龄的小朋友需要抚养,我们是外地来广州治疗的,需要租房照顾小朋友,爸爸工作也是不稳定,妈妈在家带娃,也是没有收入的,后续还需要住院化疗,积蓄不足以支撑,特向贵会申请救助。                                                              |            |                                              |                                 |                                 |                                 |                                                                                |
|                                | 本人保证上述情况完全真实<br>申请人签名: 蔡 2026 年 7 月 30 日                                                                                                                                     |            |                                              |                                 |                                 |                                 |                                                                                |
|                                | 疾病诊断及治疗（费用）: 伯基特淋巴瘤 30万                                                                                                                                                      |            |                                              |                                 |                                 |                                 |                                                                                |
| 医院填写                           | 医师签名: 江雁 2026 年 7 月 30 日                                                                                                                                                     |            |                                              |                                 |                                 |                                 |                                                                                |
|                                | 医院意见（盖章）:                                                                                                                                                                    |            |                                              |                                 |                                 |                                 |                                                                                |
|                                | 建议给予医疗救助金 ¥ 25000 元（大写: 贰万伍仟 拾 元 角 分）                                                                                                                                        |            |                                              |                                 |                                 |                                 |                                                                                |
|                                | 负责人签名: 何靖雯 2026 年 7 月 31 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 17 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: 蔡 性别: 男 年龄: 5岁  
病种: 白血病 治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心增城院区

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), 将作为蔡 的治疗费用。

受助人 (监护人): 蔡

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈依云

电 话: 18924052214

日 期: 2026年8月18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: 蔡 性别:男 年龄:5岁 科别:增-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊 断:1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 伯基特淋巴瘤

医嘱及建议: 患儿于2026. 07. 05至2026. 07. 12于我院增-血液肿瘤科2组住院治疗。

医师签名: 马菁菁 //马菁菁

日 期:2026年07月12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。



# 普宁市占陇镇西社溪东村民委员会

## 情况说明

兹有我村村民蔡 男，身份证号 年龄 5 岁，患伯基特淋巴瘤疾病，是广东省普宁市占陇镇西社溪东村民(父亲:蔡 男，身份证号 母亲:赖 女，身份证号 村民的儿子。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，现向基金会申请治疗提供经济上的爱心资助。

情况属实，特此证明。

经办人及联系人电话:

蔡

占陇镇西社溪东村民委员会

2026年7月24日





