

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: 2026621

申请日期: 2026 年 7 月 14 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	邹		女	2013-9-30			广西玉林	
	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
	急性髓系白血病 广州市妇女儿童医疗中心		2026.5.19	60-80万		/	☐ 是 ☒ 否	
病童家庭情况	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: /
	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 3 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 60000 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		邹	39	良好				
母亲		凌	38	良好				
申请救助理由 (请详细描述): 2026年3月份发现眼睛肿物,先后在广西南宁医科大、广州中山眼科中心进行两次手术,共花费5万元,术后仍有异常,建议转妇女儿童中心进一步检查。确诊为急性髓系白血病、粒细胞肉瘤。现经两个疗程化疗,黎月底安排干细胞移植,移植费用高,家中还有两孩子在读书,经济困难,难以支付全部治疗费用,现再请资助。谢谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 邹 2026 年 7 月 14 日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 1.急性髓系白血病 (Punx1::Punx1T1) 2.粒细胞肉瘤 化疗及后续异基因造血干细胞移植费用约 60-80万元 医师签名: 王明强 2026 年 7 月 16 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: 王靖雯 2026 年 7 月 28 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 17 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: 鄒 性别: 女 年龄: 12
病种: 急性髓系白血病 治疗医院: 广州医科大学附属肿瘤医院

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), 将作为邹 的治疗费用。

受助人 (监护人): 鄒

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈依红

电 话: 18924052214

日 期: 2026年8月18日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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: 邹 性别: 女 年龄: 12岁 科别: 珠-血液肿瘤科2组 床号: 住院号:

诊断:

1. 急性髓系白血病 2. 粒细胞肉瘤

医嘱及建议: 患儿2026. 8. 12入院, 拟行干细胞移植, 预计费用约



医师签名: 张惟亮

日期: 2026-08-12 13:19:00

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

兹有患儿邓患白血疾病，性别女，年龄12岁，是广西省（区、市）玉林市（州）博白县（区）龙潭乡镇（街道）兴华村民小组（居委会），（父亲：邓，母亲：李）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：邹 身份证号：

患儿母亲：李_____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: 3

2026 年 6 月 11 日

