

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: 2026622

申请日期: 2026年 7月 29日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王		男	2020.07			广东 广州	
	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
	幼年粒单核细胞白血病		广州市第一人民医院南沙中心医院	2025.1	1500000			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 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	王	20	良好				
	母亲	陈	31	良好				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>1</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>100000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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): 孩子不幸确诊幼年粒单核细胞白血病,前后经历两次干细胞移植手术,现因移植并发症仍在院抗排斥康复治疗,整个治疗周期漫长,花费大,现已花费一百多万元,治疗期间,家庭收入单一,经济压力不堪重负,无力承担后期医疗开支,申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2026年 7月 29日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患者确诊幼年粒单核细胞白血病,已有两次造血干细胞移植手术,现有移植后抗排斥表现,预计治疗总费用约150万元 医师签名: 陈艳霞 2026年 7月 29日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元 (大写: 五万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 黄晓 2026年 7月 31日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 35000.00 元 (大写: 叁万伍仟元) 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: 王 性别: 男 年龄: 6
病种: 幼年粒单核细胞白血病 治疗医院: 广州市第一人民医院南沙中心医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 35,000 元 (大写: 人民币叁万伍仟元), 将作为王 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 阮依云

电 话: 18924052214

日 期: 2016 年 8 月 18 日

广州市第一人民医院

住院（留观）患者电子诊断证明书

姓名：王 性别：男 年龄：5岁11月1天
身份证号： 住院号：
病区：南沙血液内科二区 床号：
入院日期：2026-06-02 出院日期：2026-06-12

入院诊断：1、幼年粒单核细胞白血病（一次移植后复发，PTPN11、KRAS/NRAS/NF1、WHSC1）；2、造血干细胞移植状态（舅舅AB+供A+植入（并脐带血B+））；3、可逆性后部脑病综合征；4、胆囊炎；5、恶性肿瘤免疫治疗；

出院诊断：1、胸腔积液；2、恶性肿瘤免疫治疗；3、肺部感染；4、心功能不全；5、幼年粒单核细胞白血病（一次移植后复发，PTPN11、KRAS/NRAS/NF1、WHSC1）；6、造血干细胞移植状态（舅舅AB+供A+植入（并脐带血B+））；7、可逆性后部脑病综合征；8、胆囊炎；

病情摘要：

备注：

医生签名：沙智勇

签名时间：2026-06-17 16:40

（住院病区盖章）

住院诊断证明专用章

（出入院结算处盖章）

（本诊断证明书未经医生签名及盖章无效）

华池县民政局信笺

证 明

兹有我县 居民王 男，身份证号：
属于我县城市最低生活保障对
象。

特此证明



地址:

联系电话:

