

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: 2026620

申请日期: 2026年 7 月 17 日

病 童 资 料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	沈		男	2023.02.13			广东省潮州市饶平县	
	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		广州医科大学 附属妇女儿童 医疗中心	2026.1.19	30-50万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和 级别: /
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		
病 童 家 庭 情 况	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 <u>1</u> 名;		
	父亲	沈	34	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>60000</u> 元		
	母亲	沈	32	健康		3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小车 (五菱宏光 Mini)		
						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)	患儿于2026年1月19日确诊急性淋B, 现长期在广州医科大学附属妇女儿童医疗中心接受化疗。治疗周期2.5-3年, 预估整体治疗费用30-50万元。家庭仅有新农合异地医保, 高昂的贝林多单抗靶向药无法报销。母亲全职陪读, 仅靠父亲一人收入支撑家庭开支, 本无积蓄的家庭为了给孩子治病, 借遍了几个亲朋好友资金, 网上贷款。后续还要持续化疗, 维持经济压力巨大, 现特向贵会申请困难证明, 特向贵会申请救助, 缓解家庭医疗负担, 恳请予以帮扶。本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 沈 2026年 7 月 17 日							
医 院 填 写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿目前诊断急性淋巴细胞白血病。预计总费用50万元。							
	医师签名: 何靖雯 2026年 7 月 17 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 仟 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 何靖雯 2026年 7 月 27 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								



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: 沈 [redacted] 性别: 男 年龄: 3
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心

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), 将作为沈 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 许 [redacted]

电 话: [redacted]

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: 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: 沈 性别:男 年龄:3岁 科别: 珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号

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细胞型, 中危)

医嘱及建议: 患儿于2026-06-12至2026-06-16我院血液肿瘤科住院治疗

医师签名: 这飞杨/戴丹

日 期:2026年06月16日 10:02:14

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。



困难情况说明

姓名：沈 性别：男，年龄 3 岁，身份证号
户籍地址：广东省饶平县海山镇东港
为本村村民。

因患有急性淋巴细胞白血病疾病，导致家庭生活遇到困难，
情况属实。

特此说明



