

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: 2026625

申请日期: 2026 年 7 月 20 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	王		女	2023.9.16		江西省南昌市都察院都察院	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	幼年粒单核细胞白血病 (PTPN11)		广州市第一人民医院南沙医院	2026.4.16	30万		
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>2</u> 名;	
	父亲	王	39	良好		2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>5万</u> 元	
申请救助理由 (请详细描述)	母亲	曹	35	良好		固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</u> 辆小车	
	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						
王 移植治疗费用 由于孩子妈妈患有子宫癌, 孩子4月16号确诊幼年粒单核细胞白血病, 家中还有老大上小学, 我们夫妻无法工作, 专门照顾孩子治疗住院, 万般无奈, 下请大家帮忙, 万分感谢!!! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 曹 2026 年 7 月 20 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明确, 有造血干细胞移植治疗指征, 总费用预计 20-30 万元。						
	医师签名: 陈 2026 年 7 月 20 日 医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>50000</u> 元 (大写: <u>伍万</u> 仟 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分) 负责人签名: 董 2026 年 7 月 21 日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>40,000.00</u> 元 (大写: <u>肆万元整</u>) 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: 王	性别: 女	年龄: 2岁11个月
病种: 幼年粒单核细胞白血病(PTPN11)	治疗医院: 广州市第一人民医院南沙分院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 40,000 元 (大写: 人民币肆万元整), 将作为王 的治疗费用。

受助人 (监护人): 曹

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: 18974052214

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

编号：

姓名：王

性别：女

年龄：2岁10月15天

身份证号：

住院号：

病区：南沙血液内科二区

床号：

入院日期：2026-07-31

出院日期：

入院诊断：

西医：1、幼年粒单核细胞白血病（PTPN11）；

出院诊断：

病情摘要：

备注：患儿诊断为幼年粒单核细胞白血病，拟行造血干细胞移植治疗，计划8-11转入移植病房，8-28行脐带造血干细胞移植。

医生签名：李

签名时间：2026-08-10 14:55

住院诊断证明专用章

（住院病区盖章）

（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）





批准机关 都匀市人民政府 (印)

编 号:

发证日期: 2020年6月3日

[illegible]

