

# 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: 2026628

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                           |                            |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 卢                                                                                                         | 男                                            | 2022年4月                         |                                                                                                                                                                              | 陕西省子坪                           |                            |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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                                                                                                | 广州市第八人民医院南沙医院                                | 2026年2月26日                      | 30万元                                                                                                                                                                         |                                 | /                          | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: / |
| 购买保险情况及报销比例                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 60 % | <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 |                                                                                |
| 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 3 名;              |                            |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 父亲 任                                                                                                      | 43                                           | 尚可                              |                                                                                                                                                                              | 2、家庭年收入（不含政府补贴） 80000 元         |                            |                                                                                |
| 母亲 刘                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 40                                                                                                        | 良好                                           |                                 | 3、固定资产: 无套房子; 无辆摩托车; 二辆小车                                                                                                                                                    |                                 |                            |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                           |                                              |                                 | 4、家庭困难类型:<br><input 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 checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 |                                 |                            |                                                                                |
| <p>申请救助理由（请详细描述）</p> <p>我是一名三孩母亲，上有四位老人需要赡养，三名子女尚年幼。幼子于年初不幸确诊为幼年粒单核细胞白血病，现进行干细胞移植治疗，后续仍需漫长的持续抗排异、抗感染、定期复查治疗，医药开支巨大。自孩子生病以来，我和丈夫全程陪护就医，无工作，丧失收入来源，每轮化疗外出加号两张子的生活与教育开支，经济压力沉重并多方举债，现经济陷入困境，万般无奈，现向贵组申请救助，恳请贵组给予帮扶，让孩子继续接受治疗，助力孩子渡过难关，重获生命之路，万分感谢！</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 刘 2026年 7月 30日</p> |                                                                                                           |                                              |                                 |                                                                                                                                                                              |                                 |                            |                                                                                |
| 医院填写                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>疾病诊断及治疗（费用）: 患者确诊幼年粒单核细胞白血病，2026-7-14号异基因造血干细胞移植治疗，治疗总费用预估约30万元。</p> <p>医师签名: 彭峰 2026年 7月 30日</p>      |                                              |                                 |                                                                                                                                                                              |                                 |                            |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>医院意见（盖章）:</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元（大写: 伍万 / 仟 / 佰 / 拾 / 元 / 角 / 分）</p> <p>负责人签名: 李月 2026年 7月 31日</p> |                                              |                                 |                                                                                                                                                                              |                                 |                            |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 30,000.00 元（大写: 叁万元整）</p> <p>负责人签名: 林钧泽 2026年 8月 17日 秘书处</p>              |                                              |                                 |                                                                                                                                                                              |                                 |                            |                                                                                |



# 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: 卢 性别: 男 年龄: 4岁4月  
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 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为卢 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阮依尧

电 话: 18924052214

日 期: 2026年8月19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：卢 编号：  
身份证号： 性别：男 年龄：4岁1月5天  
病区：南沙血液内科二区 住院号：  
入院日期：2026-05-18 床号：  
出院日期：2026-06-18

### 入院诊断：

1、幼年粒单核细胞白血病（PTPN11，SET BP1，IDH2）；2、恶性肿瘤维持性化学治疗；

出院诊断：1、恶性肿瘤维持性化学治疗；2、幼年粒单核细胞白血病（PTPN11，SET BP1，IDH2）；3、感染性发热；4、粒细胞缺乏；5、血小板减少；6、化疗后骨髓抑制；7、口腔炎；

### 病情摘要：

### 备注：

医生签名：卢

签名时间：2026-06-23 17:26

（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）



|                      |      |     |    |       |      |      |       |      |    |        |
|----------------------|------|-----|----|-------|------|------|-------|------|----|--------|
| 户主<br>基本<br>信息       | 姓名   | 杨永国 |    | 性别    | 男    | 年龄   | 67    | 健康状况 | 健康 | (贴照片处) |
|                      | 身份证号 |     |    |       |      |      |       |      |    |        |
| 家庭<br>基本<br>信息       | 家庭人口 | 2   |    | 保障人口  | 2    |      |       |      |    |        |
|                      | 致贫原因 | 因病  |    |       |      |      |       |      |    |        |
|                      | 现居住地 | 杨永国 |    |       |      |      |       |      |    |        |
| 家庭<br>成员<br>基本<br>信息 | 姓名   | 性别  | 年龄 | 与户主关系 | 健康状况 | 从业情况 | 身份证号码 |      |    |        |
|                      | 杨永国  | 男   | 4  | 孙子    | 病    | 幼儿   |       |      |    |        |
|                      |      |     |    |       |      |      |       |      |    |        |
|                      |      |     |    |       |      |      |       |      |    |        |
|                      |      |     |    |       |      |      |       |      |    |        |
|                      |      |     |    |       |      |      |       |      |    |        |

经户主申请、社区居民委员会调查核实、民主评议,街道办(乡镇)审核,县级人民政府民政部门审批,该户符合城市居民最低生活保障有关政策规定,准予纳入最低生活保障范围,特发此证。

发证机关(盖章)

2026年3月17日

低保证号:

领取低保金银行存折(卡)号

监督电话



