

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: 2026634

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	
	张		女	2022年3月			江西赣州	
	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		广州市第一人民医院南沙医院	2026.4.6	300000 元			
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 商业保险 ☐ 其他保险 ☐ 无	是否残疾 ☐ 是 ☒ 否 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 1 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 6000 元 固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小汽车 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)	父亲	肖	32	良好				
	母亲	张	26	良好				
小女于 2026 年 3 月起病, 4 月确诊幼年粒单核细胞白血病, 目前正在广州市第一人民医院南沙院区接受造血干细胞移植治疗。治疗周期长、医药开支巨大, 家庭经济压力沉重。家中共五口人, 父亲依靠重工谋生, 收入极不稳定。母亲与妻子长期在院陪护幼女, 无经济收入, 弟弟在读大学, 另在院外租有一房用于看病起居, 全家仅靠我一人做基层卫生院工作, 收入微薄, 持续承担高额药费早已入不敷出, 负债累累, 无力承担在院医药费, 恳请基金会予以帮扶! 本人保证上述情况完全真实。并特此声明救助, 恳请基金会予以帮扶! 申请人签名: 张 2026 年 7 月 30 日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 患儿确诊幼年粒单核细胞白血病, 于 2026-7-21 行异基因造血干细胞移植治疗, 总费用预计 30 万元。 医师签名: 陈艳霞 2026 年 8 月 1 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元 (大写: 5 万 / 仟 / 佰 / 拾 / 元 / 角 / 分) 负责人签名: 林钧泽 2026 年 8 月 5 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 25 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：肖 性别：女 年龄：4岁

病种：幼年轻单核细胞白血病 治疗医院：广州市第一人民医院南沙医院

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），将作为肖 的治疗费用。

受助人（监护人）：肖

电 话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等）：

电 话：

经办人：陈依文

电 话：18924052214

日 期：2016年8月25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：肖 编号： 性别：女 年龄：4岁1月16天
身份证号： 住院号
病区：南沙细胞与基因治疗病区 床号：
入院日期：2026-05-15 出院日期：2026-06-02

入院诊断：

西医：1、血小板减少；2、幼年粒单核细胞白血病（PTPN11、NF1）；

出院诊断：

西医：1、血小板减少；2、幼年粒单核细胞白血病（PTPN11、NF1）；3、感染性发热；4、恶性肿瘤免疫治疗；5、粒细胞缺乏；6、口腔炎；

病情摘要：

备注：

医生签名：叶晓勇

签名时间：2026-06-05 16:20

（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）

证 明

兹有我村 村民肖 女，身份证号码：
2026 年 3 月检查出患白血病。家庭人
口 6 人，爷爷肖 57 岁和奶奶李 53 岁两人在龙岭镇
内打零工，现因市场经济不好，工作不稳定，收入微薄；父
亲肖 在龙华镇 做医生；母亲赖 因照顾肖
无法就业；叔叔肖 在 读大二。该家庭因肖
重病医疗开销大、因务工人员收入不稳定造成家庭生活困
难。情况属实！

特此证明！

王村村委会



2026 年 7 月 27 日

