

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2026630

申请日期: 2026 年 8 月 8 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	梁		女	2014.2.21			广东省梅州市梅江区	
	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		广州中山一院	2026.5.21	36万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 45 %	☐ 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 3 名;		
	父亲	梁	41	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） 5万 元		
	母亲	郑	39	良好		3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车		
申请救助理由（请详细描述）		本人为梁 的监护人, 患儿现年 12 岁, 于 2026 年 5 月 21 日确诊为“急性淋巴细胞白血病”需长期化疗, 定期复查及持续规范治疗, 周期长, 医疗费用高昂。普通低收入家庭, 依靠务工维持基本生活, 孩子患病后自确诊至今为救治孩子, 家中积蓄已耗尽, 后续仍需持续化疗, 用药检查及营养护理, 高额医疗费用已无力承担, 治疗不能中断, 特此申请救助。本人保证上述情况完全真实。恳请给予帮扶, 帮助孩子顺利完成治疗。 申请人签名: 郑 2026 年 8 月 8 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 骨髓穿刺活检白血病。化疗费用约 30-40 万元。 医师签名: 李永新 2026 年 8 月 10 日							
	医院意见（盖章）：情况属实, 请予救助助力 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 仟 佰 元 整） 负责人签名: 林钧泽 2026 年 8 月 10 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元（大写: 贰万 伍仟 一 佰 拾 元 角 分） 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：梁 性别：女 年龄：12
病种：急性淋巴细胞白血病 治疗医院：中山大学附属第一医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元（大写：人民币贰万伍仟元），将作为梁 的治疗费用。

受助人（监护人）：梁

电 话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等）：

电 话：

经办人：阮依红

电 话：18924052214

日 期：2026年8月25日



中山大学 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名: 梁

科别: 儿科二科

床号

住院号

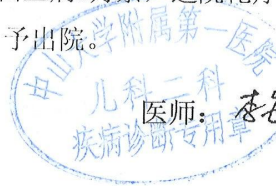
出院患者疾病证明书

姓名: 梁 性别: 女 年龄: 12岁 出院科别: 儿科二科 住院号

入院日期: 2026年06月18日 出院日期: 2026年06月19日

出院诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病, BIII, 2. 恶性肿瘤维持性化学治疗, 3. 血管瘤, 4. 体重低下 (中度), 5. 消瘦

入院情况及诊疗经过: 患儿主因“确诊急性淋巴细胞白血病3月余, 返院化疗”入院。达化疗条件, 予行VDLD d29化疗, 过程顺利。现患儿一般情况可, 予出院。



医师: 李锐 / 杨翠云
2026年06月18日

证 明

兹有我村 [REDACTED] 村民梁 [REDACTED] 女，生于 2014 年 2 月 21 日，（身份证号码 [REDACTED]）因患急性淋巴细胞白血病。其父梁 [REDACTED] 身份证号码：[REDACTED]、其母郑 [REDACTED] 身份证号码：[REDACTED] 无正式工作和稳定收入来源。

特此证明！

证明用途：用于梁 [REDACTED] 疾病救助。

梅州市梅江区三角镇新塘村村委会

2026 年 5 月 25 日



