

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: 20260628

申请日期: 2026年 8月 7日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	叶		男	2020年10月13日			广东省遂溪县	
	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		湛江中心人民医院	2025年11月19日	20万元		/	☐ 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 60 %	☐ 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			
	父亲	叶	48	健康				
	母亲	庞	40	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>3</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>5万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小车 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）		自2025年11月19日在湛江中心人民医院确诊白血病之后，因要陪伴患儿住院长期治疗，工作暂停，且患儿母亲要照料家中其他人，致家庭暂无收入，经济困难难以支付患儿治疗费用，望贵助学促进会给予资助。 本人保证上述情况完全真实。 (监护人) 申请人签名: 叶 2026年 8月 7日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 急性淋巴细胞白血病，住院化疗，大概费用7万							
	医师签名: 张 2026年 8月 7日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 35000 元（大写: 叁万伍仟 / 佰 / 拾 / 元 / 角 / 分） 负责人签名: 刘 2026年 8月 7日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20,000.00元（大写: 贰万元整） 负责人签名: 林钧泽 2026年 8月 15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:	性别:	年龄:
病种:	治疗医院:	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元（大写：人民币贰万元整），将作为吐的治疗费用。

受助人（监护人）:

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等）:

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2016年8月25日

湛江中心人民医院
疾病诊断证明书

姓名:叶	科室:血液内科	床号	住院号
姓名:叶	住院号	出生地:广东省湛江市	
工作单位:		职业: 学生	
性别:男	年龄:5岁	科室:血液内科	
入院日期:2026-07-12 15:08		出院时间:2026-07-24 09:20	
出院诊断:1、恶性肿瘤维持性化学治疗 2、急性淋巴细胞白血病 3、肺炎(少许)			
治疗意见:详见出院小结。			
记录日期:2026-07-24 09:17		医生: 叶	盖章:



遂溪县北坡镇新屋村民委员会

电话：

邮政：

证明

兹有我村委会新屋村户主叶 身份证号码：

其子叶 身份证号码 患有白血病，需长期住院治疗、定期化疗，后续治疗周期长，医疗支出负担沉重。因需要家属长期在医院陪护，家庭成员无法外出稳定就业，家庭收入微薄，巨额医疗费用致使家庭入不敷出，经济压力极大，生活困难，情况属实。

特此证明



