

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: 7026652

申请日期: 2026年 8 月 3 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	海		男	2024年7月			广东省广州市	
	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
	幼年型粒单核细胞白血病		广州市第一人民医院南沙医院	2025年8月27日	30万			☐ 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 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	海	33	良好				
	母亲	马	31	良好				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>1</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>8万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</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								
我是海 系患儿海 系, 孩子2岁, 广州市城东区居民参保人, 2025年8月确诊幼年型粒单核细胞白血病, 属罕见高危儿童血液恶性肿瘤, 需长期化疗, 靶向治疗及进行造血干细胞移植才能痊愈, 因长期异地就医, 为陪护孩子治病, 我已长期停工, 家庭无稳定工资收入, 无其他经济来源, 尚未支付医疗费用达10万, 虽已办理低保, 但因办理不足, 无法报销大量医疗费用, 在化疗期间, 异地租房食宿, 往返交通, 住院, 已无力支付后续治疗与住院费用, 现依据相关救助政策, 正式申请医疗救助, 用于孩子后续抗癌治疗, 恳请核实困难情况予以救助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 海 2026年 8 月 3 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿确诊幼年型粒单核细胞白血病, 有移植指征, 拟于2026-8-15行异基因造血干细胞移植治疗, 预计治疗总费用约30万元。 医师签名: 陈松敏 2026年 8 月 3 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 李月星 2026年 8 月 7 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 35,000.00元（大写: 叁万五千元） 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: 海 性别: 男 年龄: 2岁.
病种: 幼年型粒单核细胞白血病 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 35,000 元 (大写: 人民币 叁万伍仟元), 将作为 海 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

电 话: 1392346

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26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：海 性别：男 年龄：1岁11月29天
身份证号：
住院号：
病区：南沙骨髓移植病区 床号：07
入院日期：2026-07-20 出院日期：/

入院诊断：

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

出院诊断：/

病情摘要：

备注：患儿确诊幼年粒单核细胞白血病，有移植指征，于2026-8-5行异基因造血干细胞移植，现于骨髓移植病区住院治疗中。

医生签名：宋斌

签名时间：2026-08-21 19:03

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)



根据《甘肃省社会救助条例》和《甘肃省城市居民最低生活保障办法》规定，经本人申请，民主评议，公开公示，街道办事处（乡镇人民政府）审核，县级人民政府民政部门审批，同意享受城市居民最低生活保障待遇，特发此证。



发证单位（盖章）

年 月 日

户主姓名	海					
性 别	男					
出生年月	2024 年 7 月					
工作单位						
身份证号						
家庭住址	兰州市七里河区林家庄					
户籍所在地	城关		家庭人口	1		
家 庭 成 员	姓 名	与户主关系	性别	出生年月	健康状况	备注
	海	本人	男	2024.7	患病	
审批时间	2026 年 7 月 日					
保障证号						

