

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: 7026671

申请日期: 2026 年 7 月 29 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		男	2014.1.16			广西南宁市武鸣区城厢镇	
	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		广州市第一人民医院	2025.9.23	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 50 %	☐ 城镇居民 %	☐ 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	黄	37	健康				
	母亲	王	35	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 0 元 3、固定资产: 1 套房子; 2 辆摩托车; 0 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）	患者黄 于 2025 年 9 月 23 日在广西南宁市广西医科大学附属医院确诊幼年粒单核细胞白血病，情况危重，需要进行化疗后再进行造血干细胞移植等长时期治疗。我们一听到医生说就想找比较有临床治愈的医院，最后我们带着孩子从广西到了广东省广州市第一人民医院。我们现已花费 20 万元，现已背负许多债务，而家庭原本收入就微薄，患病之后家属一人必需在医院全天陪护，不能外出打工，因此家庭失去主要经济来源，面对后续高额治疗费用，家庭实在无力承担治疗费用，万般无奈之下，恳请给予救助，帮助孩子完成治疗，给孩子活下去的希望。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2026 年 7 月 29 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患者确诊幼年粒单核细胞白血病，于 2026-4-27 行造血干细胞移植，移植后规律行化疗，治疗总费用预计 30 万元。							
	医师签名: 陈艳红 2026 年 7 月 31 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元（大写: 伍万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 李月晃 2026 年 8 月 7 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 40,000.00 元（大写: 肆万元整） 负责人签名: 林钧泽 2026 年 8 月 31 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: 黃	性别: 男	年龄: 12
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(南沙院区)		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 40,000 元 (大写: 人民币肆万元整), 将作为黄 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃

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: 2026 年 9 月 1 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：黄 编号：
身份证号： 性别：男 年龄：12岁
病区：南沙血液内科二区 住院号：
入院日期：2026-07-01 床号：33
出院日期：2026-07-04

入院诊断：1、造血干细胞移植状态（母供子，B+供AB+，HLA 5/10；脐血男，O+，HLA 8/10）；2、幼年粒单核细胞白血病（PTPN11、JAK3、KMT2D）；

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；3、造血干细胞移植状态（母供子，B+供AB+，HLA 5/10；脐血男，O+，HLA 8/10）；

病情摘要：

备注：

医生签名：孙智勇

签名时间：2026-07-09 01:02

（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

兹证明 黄 (身份证号码:)

家庭住址: 南宁市武鸣区城厢镇大同村

家庭为城市低保救助对象家庭。

开始享受日期为: 2026年05月01日

该证明开具日期为2026年07月30日, 自开具日期起有效期
为 6 个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	黄		07月	2026年05月01日
2	王		07月	2026年05月01日
3	黄		07月	2026年05月01日
4	黄		07月	2026年05月01日

南宁市武鸣区城厢镇人民政府 (盖章)

2026年07月30日



