

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: 2026677

申请日期: 2026年8月9日

病 童 资 料	姓名		性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	谢		男	2019.4.27		湛江市麻章区		
	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
病 童 家 庭 情 况	急性淋巴细胞白血病(中危)		广东医科大学附属医院	2026年5月	30-40万元			是 ☐ 否 ☒
	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					残疾类型和级别:
申请救助理由(请详细描述)	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 <u>2</u> 名;		
	父亲	谢	40	一般		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>50000</u> 元		
	母亲	黎	39	较差		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小汽车		
医 院 填 写	疾病诊断及治疗(费用):		急性淋巴细胞白血病(中危), 全程治疗费用预计需30-40万元, 目前已花费8万元。					
	医师签名:		2026年 8 月 11 日					
	医院意见(盖章):		建议给予医疗救助金 ¥ <u>50000</u> 元(大写: 伍 万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)					
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ <u>35,000.00</u> 元(大写: 叁 万 伍 仟 元)								
负责人签名: 林钧泽 2026 年 8 月 31 日 秘书处								



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: 谢	性别: 男	年龄: 7岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 (中危)	治疗医院: 广东医科大学附属医院	

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), 将作为谢 的治疗费用。

受助人 (监护人): 蔡

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阮依依

电 话: 189 2405 2214

日 期: 2026年9月2日

广东医科大学附属医院



疾病诊断证明书

编号:

姓名	谢	性别	男	年龄	7岁	职业	-
证件号码				住址/单位	-		
入院日期	2026-07-30	住院号		科室	(海东) 儿童血液肿瘤专科病房		
临床 诊断	1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 急性淋巴细胞白血病 (B系 中危)						
处理 意见	患儿于2026-07-30至2026-08-06在我科住院治疗。						
医师	蓝翔			签发日期	2026年08月06日10时12分		



湛江市麻章区麻章镇谢家村民委员会

贫困证明

兹有我村委会谢家外村儿童谢 男，汉族，身份证号码： 家庭人口 4 人，父母打散工，由于谢 患有白血病治疗原因导致家庭贫困，希望有关部门能够给予帮助。

特此证明。

麻章镇谢家村民委员会

2026 年 7 月 30 日



