

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: 2026786

申请日期: 2026年 9 月 5 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	廖	男	2016.2.8			湖南衡阳	
	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
	肾上腺脑白质营养不良	广州妇女儿童医疗中心	2025年10月14日	30万-60万		/	☒ 是 ☐ 否 残疾类型和级别: 视听力障碍
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ☐ 城鎮居民 ☒ 商业保险 ☐ 其他保险	无		无	
	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 50000 元 3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 1 辆小车 4、家庭困难类型: 自建房 ☒ 村居委开具困难证明; ☐ 街鎮开具困难证明; ☐ 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)	父亲	廖	42	健康			
	母亲	刘	33	健康			
因孩子患罕见病肾上腺脑白质营养不良,做了造血干细胞移植,目前医疗费用高达30万以上,家庭实在无力承担后面的医疗费用。 家里一共6口人,爷爷奶奶在老家务农,无稳定收入,孩子爸爸一个上班,靠微薄收入难以支撑后续费用,孩子妈妈目前照顾患儿,无收入,家中还有读高中的哥哥。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 廖 2026年 9 月 5 日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 肾上腺脑白质营养不良 3.26万 骨髓移植 3.40万 医师签名: 廖 2026年 9 月 6 日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000 元(大写: 叁 万 零 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖夏 2026年 9 月 8 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 10 月 12 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: 廖	性别: 男	年龄: 10岁
病种: 肾上腺白质营养不良	治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心	

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), 将作为廖 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈依红

电 话: 18924052214

日 期: 2016年10月13日

诊断证明书

姓名: 廖 性别:男 年龄:10岁 科别:增-康复科2组 床号: 住院号: 21

诊 断:1. 肾上腺脑白质营养不良(移植术后) 2. 干细胞移植状态 3. 运动障碍 4. 构音障碍 5. 吞咽困难 6. 智力低下

医嘱及建议: 患儿于2026-7-23至2026-7-29在康复科住院治疗。

医师签名: 张剑峰/王潇/

日 期:2026年07月29日 10:00:18

注: 1、未经盖章, 签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。



证 明

兹有我村村民廖 身份证号
因其子廖 身份证号
身患罕见脑白质病，需做造血
干细胞移植，前期治疗费已达 30 万元，后期还需康复
治疗。现在家庭完全靠父亲廖 微薄的工资收入苦苦
支撑，妻子邓 需照顾儿子，爷爷奶奶年事已高，家
庭无其他收入来源。情况属实！

台源镇花江村村民委员会

2026 年 9 月 2 日



