

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: 2026785

申请日期: 2026 年 9 月 14 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		男	2022年5月23日			广东省湛江市霞山区	
	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
	急性淋巴细胞白血病		陈医科大学附属医院	2025年11月	30-50万元			☐ 是 ☒ 否
病童家庭情况	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	疾病类型和级别: /
	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 2 名: 1.2万 2、家庭年收入(不含政府补贴) 元 3、固定资产: 0 套房子: 0 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)	父亲	陈	41	健康				
	母亲	陈	36	健康				
本人儿子陈 于2025年11月在广东医科大学附属医院确诊急性淋巴细胞白血病,自确诊以来各种治疗费支出超过30万元。我全程陪护孩子治疗,无任何收入来源,我丈夫依靠临时送外卖,收入微薄,面对高额治疗费用,我们家已掏空积蓄,后期治疗仍遥遥无期,经济负担大,特申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2026 年 9 月 14 日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病, 全程治疗费用预估30-50万元。							
	医师签名: jmm				2026 年 9 月 15 日			
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥40000 元 (大写: 肆万零仟零佰零拾零元零角零分) 社会工部 负责人签名: 林 2026 年 9 月 16 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟元) 负责人签名: 林钧泽 2026 年 10 月 12 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: 陈 性别: 男 年龄: 4岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广东医科大学附属第一医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 阮依文

电 话: 18924052214

日 期: 2016年10月13日

广东医科大学附属医院



疾病诊断证明书

编号

姓名	陈	性别	男	年龄	4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. 败血症 3. 急性淋巴细胞白血病 4. 化疗后骨髓抑制 5. 粒细胞缺乏 6. 皮氏罗尔斯顿菌感染						
处理 意见	2026-07-30至2026-09-01于我科住院治疗。						
医师	刘丽明			签发日期	2026年09月01日11时54分		



湛江市霞山区友谊街道调罗村村民委员会

电话

家庭经济困难证明

兹有调罗村村民陈 性别：女，身份证号：

家庭住址：湛江市霞山区友谊街道调罗村，家庭人口4人，家庭收入约为3万。其儿子陈 身份证号： 该居民确诊为急性淋巴细胞白血病（高危型），已在广东医科大学附属医院接受治疗，因孩子治疗费用支出大，家庭经济负担重，基本生活很困难。

以上所述属实，特此证明

调罗村民委员会

2026年9月13日



