

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: 2026787

申请日期: 2026 年 9 月 10 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	洪		男	2021年8月12日			广东省揭阳市
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	急性淋巴细胞白血病		广州市妇女儿童医院(增城区)	2025年12月	35万		
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60 %	☐ 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	1、抚养 18 岁以下儿童 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 100000 元 3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 1 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		
	父亲	35	良好				
	母亲	31	良好				
申请救助理由(请详细描述)	孩子不幸确诊急性淋巴细胞白血病,正在接受化疗治疗,治疗周期长 目前自费已超20多万,开支巨大,家中普通务工家庭,收入微薄,又要抚养3个小孩 孩子爷爷2026年7月确诊肺癌,目前也是在化疗中,经济压力更大,负担沉重,恳请 得到救助。帮助孩子继续完成治疗。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 洪 2026 年 9 月 10 日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病(L2000-13, T1160: BCL214,46) 化疗治疗费用约 10-15 万						
	医师签名: 2026 年 9 月 11 日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元(大写: 贰 万 零 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖文 2026 年 9 月 15 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 五 千 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: 洪 [redacted] 性别: 男 年龄: 5
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医院(增城院区)

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), 将作为洪 [redacted] 治疗费用。

受助人 (监护人): 洪 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 陈依红

电 话: 18924052214

日 期: 2026年10月13日

广州市妇女儿童医疗中心（增）
广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名：洪 性别：男 年龄：5岁 科别：增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断：1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 急性淋巴细胞白血病

医嘱及建议：患儿于2026.08.13-08.15在我院增-血液肿瘤科1组住院治疗。

医师签名：洪 / 韦丽佳

日期：2026.08.15

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。



