

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: 2026790

申请日期: 2026 年 9 月 11 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	2018年11月13日			普宁流沙镇	
	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
	急性淋巴细胞白血病(复发)	广州医科大学附属妇女儿童医疗中心	2026.7月10日(确诊) 2027年8月18日确诊	100万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
	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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>9万</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</u> 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 陈	37	健康				
	母亲 陈	33	健康				
申请救助理由(请详细描述)	小孩2022年8月份确诊治疗大概三年的时间,家里积蓄已所剩无几,只有爸爸一个劳动力,现在又复发,需用免疫治疗药缓解病情,放疗接移植,高昂自费药等后续花费,希望可以申请救助, 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2026 年 9 月 10 日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病(晚期复发, CR6: Rem1) 化疗等治疗, 联合异基因造血干细胞移植约需 80-100万元 医师签名: 王明 2026 年 9 月 11 日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 40000 元 (大写: 肆万 仟 元 整) (拾 元 角 分) 负责人签名: 王靖 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						



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: 7岁10个月
病种: 急性淋巴白血病	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 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: 陈

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：陈 性别：男 年龄：7岁 科别：增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断：1. 急性淋巴细胞白血病（晚期单纯骨髓复发） 2. 恶性肿瘤免疫治疗 3. 非感染性全身炎症反应综合征（CRS1级）

医嘱及建议：患儿于2026-7-22至9-07在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名：程洁明

日期：2026年09月07日 10:00:00

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。



家庭情况说明

兹有患儿 陈 患 急性淋巴细胞 疾病，性别 男，年龄 7 岁，是 广东 省（区、市）普宁 市（州）流沙 县（区）西 乡镇（街道）南山 村民小组（居委会），（父亲：陈 母亲：陈 村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

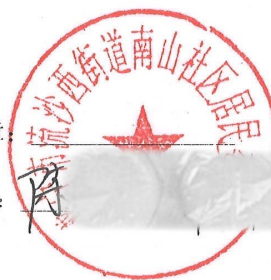
患儿父亲：陈 身份证号：

患儿母亲：陈 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

经办人及联系电话：



2026 年 7 月 29 日

