

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: 2026791

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	
	冯		女	2021年4月			贵州省习水县隆兴镇	
	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		广州市妇女儿童医疗中心增城院区	2026年6月26日	30万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 50% 50%	☐ 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>3</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>60000</u> 元 3、固定资产: <u>1</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	冯	42	高血压				
	母亲	李	43	亚健康				
申请救助理由(请详细描述)		本人小孩冯 于2026年6月26日在广州市妇女儿童医疗中心,确诊急性淋巴细胞白血病,医生预估治疗周期约2年,总费用约30万,现已花费医药费约12万元。孩子患病后,爱人已辞去工作专职照顾患儿,无收入来源。 家庭全部收入仅靠我每月5000元左右的工资,每月偿还房贷,另外还有两个孩子在校读书,父亲68岁无养老金,需要长期服药,全家人基础生活开销等刚性开支压得我喘不过气来,孩子治疗不能中断,家庭实在难以支撑巨额开销,恳请公益恤孤助学促进会体恤我家困难,本人保证上述情况完全真实。给予爱心补助帮扶,助家庭渡过难关。 申请人签名: 冯 2026年 9月10日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断急性淋巴细胞白血病. 治疗约50万							
	医师签名: 黄楚超 2026年 9月10日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000</u> 元 (大写: <u>叁万</u> 仟 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分) 负责人签名: 何靖夏 2026年 9月10日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>30,000.00</u> 元 (大写: <u>叁万元整</u>) 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: 冯 性别: 女 年龄: 5岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 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 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为冯 的治疗费用。

受助人 (监护人): 冯

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: 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：冯 性别：女 年龄：5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 2. 感染性发热

医嘱及建议：患儿于2026.06.22-2026.07.20在我院增-血液肿瘤科1组住院治疗。

医师签名：钟琳 / 钟琳

日期：2026.07.20

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

兹有患儿冯，患急性淋巴细胞白血病疾病，性别女，年龄5岁，是贵州省（区、市）遵义市（州）习水县（区）隆兴乡镇（街道）龙溪村民小组（居委会），（父亲：冯，母亲：袁）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：冯 身份证号：

患儿母亲：袁 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：



