

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: 2026788

申请日期: 2026年9月9日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	李	男	2020.1		广东省广州市从化区		
	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	广州市儿童医院	2026年6月24日	2000		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 30-60%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无
	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 98000 元 3、固定资产: 1 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	李	32	健康			
	母亲	王	29	健康			
患儿于2026年6月24日在广州市儿童医院(珠江新城院区)确诊为急性淋巴细胞白血病(T型),确诊后于7-8月在广州市儿童医院住院治疗,目前处于化疗/诱导缓解/缓解巩固/巩固强化/维持治疗阶段。患儿为普通工薪家庭,父母均为打工,家中还有一女在读小学,自患儿诊断开始,住院治疗费用已花费全部积蓄和借款。目前正在住院治疗中,T型白血病治疗难度大,周期长,后续治疗费用估计还需10万元左右,预计医疗费用缺口较大,目前家庭经济已基本用完,恳请基金会给予救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2026年9月9日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病(T型,化疗),目前化疗中,后续治疗费用约20万元左右 医师签名: 郭文军 2026年9月15日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥25000 元 (大写: 贰万伍仟元 角 分) 负责人签名: 何靖夏 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: 李 性别: 男 年龄: 6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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 阿依克

电 话: 18924052214

日 期: 2026年10月13日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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: 李 性别: 男 年龄: 6岁 科别: 珠-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 (L2型 T-ALL, 中危)

医嘱及建议: 患儿于2026-09-27至2026-10.01在我院珠-血液肿瘤科1组住院治疗。

医师签名: 郝文革 / 王飞雁 / 许义鑫 / 许义鑫

日期: 2026年10月01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

兹有患儿李，患急性淋巴细胞白血病疾病，
性别男，年龄6岁，是广东省（区、市）广州市（州）
从化县（区）温泉乡镇（街道）石南村民小组（居委会），
（父亲：李 母亲：王）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：李 身份证号：

患儿母亲：王 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：石南村民委员会

2026年9月4日



