

## 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: 2026801

申请日期: 2026 年 7 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 |
|                                     | 林                                                                                  |                                                                                 | 男                                                           | 2011.9                     |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                        | 广东清远  |
|                                     | 所患疾病                                                                               |                                                                                 | 治疗医院                                                        | 确诊时间                       | 预估总费用                                                                                                                                                                                                                                                       | 住院号                                                                                    | ID 号  |
|                                     | 急性髓系白血病                                                                            |                                                                                 | 广州医科大学附属第一医院                                                | 2026.6.3                   | 50万                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                        | /     |
| 购买保险情况及报销比例                         |                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民           | <input type="checkbox"/> 商业保险 <input type="checkbox"/> 其他保险 | <input type="checkbox"/> 无 |                                                                                                                                                                                                                                                             | 是否残疾<br><input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: / |       |
| 姓名                                  |                                                                                    | 年龄                                                                              | 健康情况                                                        | 联系电话                       | 1、抚养 18 岁以下儿童 2 名;<br>2、家庭年收入 (不含政府补贴) 20 元<br>3、固定资产: / 套房子; / 辆摩托车; / 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 |                                                                                        |       |
| 病童家庭情况                              | 父亲                                                                                 | 林                                                                               | 57                                                          | 健康                         |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                        |       |
|                                     | 母亲                                                                                 | 莫                                                                               | 48                                                          | 残疾                         |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                        |       |
| 申请救助理由 (请详细描述)                      |                                                                                    | 患儿确诊急性髓系白血病, 经化疗治疗, 后续长期需持续服用药物, 治疗费用高昂, 巨额的医药支出给家庭带来沉重经济负担, 家庭难以承担高额医药费, 经济困难。 |                                                             |                            |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                        |       |
| 本人保证上述情况完全真实。<br>申请人签名: 林           |                                                                                    | 2026 年 7 月 11 日                                                                 |                                                             |                            |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                        |       |
| 医院填写                                | 疾病诊断及治疗 (费用): 确诊急性髓系白血病, 为达化疗标准, 须完成多阶段强化化疗, 必要时进行造血干细胞移植, 治疗费用约 50 万元。            |                                                                                 |                                                             |                            |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                        |       |
|                                     | 医师签名: 关 2026 年 7 月 12 日                                                            |                                                                                 |                                                             |                            |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                        |       |
|                                     | 医院意见 (盖章):<br>建议给予医疗救助金 ¥ 2 万 元 (大写: 贰万 仟 佰 元 零 角 零 分)<br>负责人签名: 林 2026 年 7 月 24 日 |                                                                                 |                                                             |                            |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                        |       |
| 广东公益恤孤助学促进会意见:                      |                                                                                    |                                                                                 |                                                             |                            |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                        |       |
| 同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰万元整) (易俊顶) |                                                                                    |                                                                                 |                                                             |                            |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                        |       |
| 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  
(易娛公益項目)

|                                |       |        |
|--------------------------------|-------|--------|
| 病童姓名: 林                        | 性別: 男 | 年齡: 15 |
| 病種: 急性髓系白血病 治療醫院: 廣州醫科大學附屬第一醫院 |       |        |

今收到廣東公益恤孤助學促進會救助款 20,000 元 (大写: 人民  
幣貳萬元整), 將作為林 的治疗費用。

受助人 (監護人): 林

電 話:

見證人 (記者/志願者/捐贈方代  
表等):

電 話:

經辦人: 陳依紅

電 話: 18924052214

日 期: 2016年10月13日



### 疾病诊断证明书

姓名：林

性别：男

年龄：14岁

住院号

经我院普通儿科(沿江)临床检查、诊断为：

诊断：急性髓系白血病 (M0, IDH1、BCOR 基因突变)

此证

主诊科



主诊医师：关镜明

医务科（盖章）

日期：2026年8月5日

|                    |         |    |     |
|--------------------|---------|----|-----|
| 户主姓名               | 李       | 性别 | 男   |
| 出生年月               | 1970.10 | 民族 | 汉   |
| 社保卡<br>(医保卡)<br>号码 |         |    |     |
| 居住地址               | 英德市黎溪镇  |    |     |
| 户籍地址               | 英德市黎溪镇  |    |     |
| 低保资金<br>发放账号       |         |    |     |
| 家庭成员<br>情况         | 姓名      | 关系 | 月收入 |
|                    | 李       | 本人 |     |
|                    | 李       | 妻子 |     |
|                    | 李       | 儿子 |     |
|                    | 李       | 父母 |     |



核发单位: 英德市民政局  
 发证日期: 2023.09  
 户主姓名: 李  
 身份证号码:   
 低保证编号:

