

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: 2026815

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	
	黄		女	2020.04			广东省佛山市	
	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 (B细胞, 中危)		广州医科大学附属医院	2026.6.17	30-60万元		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 30-50%	☐ 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 2 名;		
	父亲	黄	33	良好		2、家庭年收入 (不含政府补贴) 13 万元		
	母亲	李	32	良好		3、固定资产: 1 套房子; 0 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		
申请救助理由 (请详细描述): 因女儿确诊血液系统疾病,需长期在医院接受规范治疗,先后进行多轮化疗、靶向药物等治疗,医疗费用高昂。家庭为孩子治病已耗尽积蓄,日常就医、检查、用药开支巨大,经济负担沉重,难以承担后续治疗相关费用。为让孩子能够继续坚持治疗,争取康复希望,特向基金申请救助,恳请予以帮扶。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 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 (中危), 骨髓肿, 骨髓造血功能衰竭 (未根治), 累计治疗费用 20~30 万元人民币 治疗费用为 30-60 万元。 医师签名: 2026年 9月 16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: 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: 黃	性別: 女	年齡: 6岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 (B细胞型, 中危)		
治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医院 (珠江新城)		

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), 将作为黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 阿依

电 话: 18924052264

日 期: 2016年10月15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: 黄 性别: 女 年龄: 6岁 科别: 珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断: 1. 恶性肿瘤免疫治疗 2. 急性淋巴细胞白血病 (B细胞型, 中危) 3. 真菌感染 (米根霉、黄曲霉复合群) 4. 肾周脓肿 5. 肝功能检查的异常结果 6. 高血压 7. 可逆性后部白质脑病综合征 8. 口腔炎

医嘱及建议: 患儿于2026.08.07至今在我院珠-血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: /匡飞梅/戴丹

日期: 2026.09.09

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

兹有患儿黄患白血病疾病，性别女，年龄6岁，
是广东省佛山市南海区丹灶镇上安社区居民委员会，（父亲：黄
母亲：李居民的女儿。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：黄身份证号

患儿母亲：李身份证号

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：上安社区居民委员会

经办人及联系电话：黎

2026年9月08日



