

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: 2026819

申请日期: 2026年9月22日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	吴	女	2025.04			广东省揭阳市	
	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
	急性髓系白血病	广州医科大学附属第一医院	2026.6.24	40万			☐ 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 55%	☐ 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) 80000 元 3、固定资产: 1 套房子; 1 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		
父亲	吴	34	健康				
母亲	唐	33	健康				
申请救助理由(请详细描述)	本人与妻子于2024年4月登记结婚,筹办婚礼花费大,家庭积蓄消耗较多。2025年4月女儿吴 出生,原本夫妻二人共同承担家庭开支。女儿2026年6月确诊急性髓系白血病,治疗周期长,此次合并感染、出血,医药费已支出约10万元,累计治疗费用超16,收入急剧减少,异地就医,生活、交通加上孩子奶奶患有高血压、糖尿病,长期用药。高额的费用致使经济困难,特此申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 吴 2026年9月22日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性髓系白血病(M4, LBP:2026H11, 治愈) 治疗费用约 60-80万元 医师签名: 王 2026年9月23日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖 2026年9月29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19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: 吳 [模糊] 性别: 女 年龄: 1岁6月
病种: 急性骨髓系白血病 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), 将作为吳 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 [模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 陈依亮

电 话: 18924052214

日 期: 2016年10月20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: 吴 性别: 女 年龄: 1岁2月 科别: 增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊 断: 1. 急性髓系白血病

医嘱及建议: 患儿2026.06.21-至今在我院增-血液肿瘤科1组治疗。

医师签名: 王鹏飞/姚锦坤

日 期: 2026.06.24

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。



海丰县陶河镇陶北村民委员会

情况说明

兹有患儿吴[]身份证号[]患急性髓系白血病，性别女，年龄1岁，是广东省汕尾市海丰县陶河镇[]村民的女儿，父亲：吴[]身份证号[]母亲：陈[]身份证号[]因治疗费用较高，导致家庭经济困难，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。

特此证明



海丰县陶河镇陶北村民委员会
2026年9月17日

