

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2026823

申请日期: 2026 年 8 月 18 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		女	2024.07			广西贺州	
	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
	急性白血病		中山大学孙逸仙纪念医院	2026.03.06	55万元		/	☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	残疾类型和级别: /
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 1 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴）58862 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		
	父亲	张	41	健康				
	母亲	吴	39	健康				
申请救助理由（请详细描述）		张 确诊为急性混合表型白血病，需在中山大学孙逸仙纪念医院接受长期治疗。 张 家人是 需长期在医院陪护照料张昕宜，无法正常工作，没有稳定收入。 张 每月工资 2157 元。张 16 岁周其长，后续需要移植，医药开支大。 目前已花费（自费部分）超 16 万，沉重的医疗费用已让家庭不堪重负，家庭经济陷入严重困难。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2026 年 8 月 18 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断急性混合表型白血病，按 SCCLG-44-2023 高危组方案化疗，曾接受贝林舌欧治疗，后续拟移植移植，预计费用 50 万元 医师签名: 孙逸 2026 年 8 月 18 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 5 万 元（大写: 五 万 一 千 一 百 一 拾 元 角 分） 负责人签名: 林伟玲 2026 年 8 月 18 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 30,000.00 元（大写: 叁 万 一 千 一 百 一 拾 元 角 分） 负责人签名: 林钧泽 2026 年 10 月 19 日							



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

“菩及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名: 张 性别: 女 年龄: 2岁1月
病种: 混合表型急性白血病 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

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), 将作为张 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

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: 18924052264

日 期: 2016年10月20日

项目救助款由  哥第菩及基金会 资助。

中山大學 孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:张 性别:女 年龄:2岁1月 科室:儿科五区(层流室) 床号 住院号

姓名:张	住院号	出生地: 广西壮族自治区贺州市八步区
性别:女	年龄:2岁1月	科室:儿科五区(层流室)
入院时间: 2026-10-08		出院日期: 在院
临床诊断: 1.混合表型急性白血病(B/髓双表型) (HR, CNS2, CR1MRD(-), 伴 KMT2A::USP2 融合、MYC 突变); 2.右侧颞极蛛网膜囊肿; 3.皮疹		
治疗意见: 2026-10-13 日入层流仓, 计划 2026-10-26 回输脐血干细胞。		
记录日期: 2026-10-14	医生: 	

情况说明

兹有我街道办 居民张 男，身份证号码 经本人陈述及提供的中山大学孙逸仙纪念医院疾病诊断证明核实，其女张 女，身份证号码 于2026年3月确诊为急性白血病，需在中山大学孙逸仙纪念医院接受长期后续治疗。

自孩子患病以来，张 爱人吴 需全程在医院陪护照料，无法正常工作，没有固定经济收入。张 每月工资2157元。张 后续治疗（化疗，吃靶向药和移植等）周期长、医疗开支巨大（预计总治疗费用55万元，目前已自费超16万元），沉重的医疗费用已让该家庭不堪重负，家庭经济陷入严重困难。

贺州市八步区城东街道办事处

2026年8月18日



