

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: 2026836

申请日期: 2026 年 8 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	
	黄		男	2021.11.6			广东省雷州市	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号	
	急性早幼粒细胞白血病		广州市妇女儿童医疗中心	2026.7.8	60-80万			
病童家庭情况	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 30% (利明)	☐ 无	
	是否残疾		□是 ☒ 否 残疾类型和级别: /					
申请救助理由(请详细描述)	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 4 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 1-2.5 万元 3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车 4、家庭困难类型: ☒ 利居委开具困难证明; ☐ 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	黄	45	良				
医院填写	母亲	曾	40	良				
	孩子确诊白血病, 医生建议尽快做造血干细胞移植, 预估费用 60-80 万。夫妻二人长期在医院陪护, 无法务工, 家庭没有收入。家里还有三名孩子在校读书, 前期治疗已经耗尽全部积蓄, 无力承担后续移植的高额费用, 特申请重症救助, 恳请给予帮扶。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2026 年 8 月 11 日							
广东公益恤孤助学促进会意见:	疾病诊断及治疗(费用): 急性早幼粒细胞白血病(Liinv:MRAPa, 高危), 化疗后确诊急性白血病, 骨髓造血干细胞移植。治疗费用约 60-80 万元。 医师签名: 2026 年 8 月 17 日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20,000 元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 2026 年 8 月 17 日							
	同意救助 ¥ 40,000.00 元 (大写: 肆万 仟 元 整) 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

重症病童救助款收据

病童姓名: 黃	性别: 男	年龄: 4岁10月
病种: 白血病	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 40,000 元（大写：人民币肆万元整），将作为黃 的治疗费用。

受助人（监护人）: 黃

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: 2016年10月21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：黄 性别：男 年龄：4岁 科别：增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断：1. 急性早幼粒细胞白血病(M3型，TTMV::RARa)

医嘱及建议：患儿于2026.07.03-至今我院增-血液肿瘤科1组住院治疗，需化疗缓解后进行造血干细胞移植，请筹集治疗费用60-80万元。

医师签名：谢礼

日期：2026.07.26

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 急性白血病 疾病，性别 男，年龄 4 岁，是 广东 省（区、市）湛江市（州）雷州 县（区）附城镇（街道）韶山 村民小组（居委会），（父亲：黄 母亲：曾 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：黄 身份证号：

患儿母亲：曾 身份证号：

情况属实，特此证明。

该村民黄 2026
年没有参加农村
合作医保。

村委会/居委会盖章：



检查证明 9月25日新农合生效

