

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: 2026842

申请日期: 2026年9月25日

病 童 资 料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		男	2024年1月30日			广东省连州市	
	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细胞型)		南方医科大学珠江医院	2026年5月17日	30万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 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 1 名;			
	父亲 陈	47	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 35000 元			
	母亲 易	37	地中海贫血		3、固定资产: 无套房子; 无辆摩托车; 无辆小汽车			
					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			
<p>申请救助理由(请详细描述):</p> <p>患儿陈于2026年5月17日确诊急性B淋巴细胞白血病,现于珠江医院接受治疗。孩子患病后需要长期化疗治疗,已经产生较大医疗开销。经医保报销后仍有不少自费医药费用,家中积蓄已大量消耗,为了照顾孩子治疗期间的饮食就近在医院附近租了房子,一人在外煮食送餐,另一人在医院全陪患儿,导致夫妻两人都无法去工作也无收入,家庭经济来源依靠亲戚人帮扶维持。本人保证上述情况完全真实。和向亲戚借款,后续还需持续治疗</p> <p>申请人签名: 79 2026年9月25日</p>								
医 院 填 写	<p>疾病诊断及治疗(费用):</p> <p>确诊急性淋巴细胞白血病(B细胞型, ET6-RUNX1, 中危, 完全缓解), 后续治疗需30万元。</p> <p>医师签名: 68 2026年9月25日</p>							
	<p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥34900 元(大写: 叁万肆仟玖佰元零角零分)</p> <p>负责人签名: 2026年10月8日</p>							
	<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥35,000.00 元(大写: 叁万伍仟元)</p> <p>负责人签名: 林钧泽 2026年10月26日</p>							



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:	陈	性别:	男	年龄:	2岁8个月
病种:	急性淋巴细胞白血病				
治疗医院:	南方医科大学珠江医院				

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 35,000 元（大写：人民币叁万伍仟元），将作为陈的治疗费用。

受助人（监护人）：陈

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：2026年10月27日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：陈

科室：小儿血液科病区

床号

ID号

住院号

科别：小儿血液科病区

入院日期：2026年05月05日

检查结果：-

诊断意见：

1. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，ETV6::RUNX1）；2. 脓毒血症；3. 转氨酶升高

处理意见：住院治疗。

医生签名：



日期：2026年05月17日

签发单位：（盖章）



核发单位: 连州市

发证日期: 2026年7月30日

户主姓名: 陈

身份证号码:

低保证编号:



广东省城乡居民
最低生活保障证

广东省民政厅印制

户主姓名	陈	性别	男性
出生年月	1979-06-02	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	3人
居住地址	连州市镇光社区		
户籍地址	连州市镇光社区		
低保资金 发放账号			
家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	陈	本人	
	易	配偶	
	陈	儿子	

家庭成员情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
姓名: 陈		姓名: 易	

