

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: 2026847

申请日期: 2026 年 9 月 28 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	关		女	2024.11.09			广东汕头	
	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
	MDS		广州市一	2026.9	50万			☐ 是 ☐ 否
	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	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			
	父亲	关	36	肢体四级残				
	母亲	关	34	健康				
					1、抚养 18 岁以下儿童 3 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 2 万 元 3、固定资产: 无 套房子; 1 辆摩托车; 无 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)	<p>患儿于2025年6月底发烧住院,确诊为再生障碍性贫血,后续需长期进行药物治疗,治疗周期长,药物、检查及住院费用高,远超家庭承受能力。</p> <p>患儿家庭成为包括父母、姐姐7周岁、二姐3周岁,患儿父亲打零工,患儿母亲需停工陪护,患儿姐姐在读小学,家庭积蓄已基本花完,并向亲友借款20万,且异地就医的交通,期望可中清资助以减轻治疗压力,非常感谢!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 关 2026 年 9 月 28 日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 患儿2025年6月起病,病初诊断再生障碍性贫血,治疗期间病情演变,2026年9月修正诊断为难治性全血细胞减少,骨髓植指征,治疗总费用预计五十万元。							
	医师签名: 陈艳敏 2026 年 9 月 30 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元 (大写: 伍 万 / 仟 / 佰 / 拾 / 元 / 角 / 分) 负责人签名: 董月泉 2026 年 10 月 10 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥45,000.00 元 (大写: 肆 万 伍 仟 元) 负责人签名: 林钧泽 2026 年 10 月 26 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: 关 [redacted] 性别: 女 年龄: 1岁11个月.

病种: MDS 难治性全血细胞减少症 治疗医院: 广州市第一人民医院.

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 45,000 元 (大写: 人民币肆万伍仟元), 将作为关 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 关 [redacted]

电 话 [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 阿依克

电 话: 18924052214

日 期: 2026年10月27日

广州市第一人民医院

住院（留观）患者电子诊断证明书

编号：
姓名：郑 性别：女 年龄：1岁9月25天
身份证号： 住院号：
病区：南沙骨髓移植病区 床号：
入院日期：2026-09-03 出院日期：/

入院诊断：

西医：1、儿童难治性血细胞减少；

出院诊断：/

目前诊断：1、难治性全血细胞减少（MDS-RCC）；2、感染性发热；3、噬血细胞综合征；4、消化道出血；5、回肠结肠多发溃疡；6、口腔感染

病情摘要：

备注：患儿确诊MDS的难治性全血细胞减少，有异基因造血干细胞移植指征，2026-10-5转骨髓移植病区行预处理，拟2026-10-15行单倍体造血干细胞移植治疗。

医生签名：宗斌

签名时间：2026-10-09 09:17

（住院病区盖章）

住院诊断证明专用章

证明专用章

（出入院结算处盖章）

（本诊断证明书未经医生签名及盖章无效）



汕头市潮阳区民政局

核发单位: _____

发证日期: 2026-02-01

户主姓名 郑

身份证号码: _____

低保证编号: _____

户主姓名	郑	性别	男性
出生年月	1987-10-24	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	5人
居住 地址	广东省汕头市潮阳区金浦街道		
户籍 地址	潮阳区金浦街道		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	郑	本人	
	郑	配偶	
	郑	女	
	郑	女	
	郑	女	

