

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: 2026855

申请日期: 2026 年 9 月 23 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王		女	2025年10月25日			河南省上蔡县	
	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		中山大学孙逸仙纪念医院	2026年4月13号	500000		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45-50 %		☐ 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			
	父亲	王	28	正常				
	母亲	王	26	正常				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>100000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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): 患儿王 11月16天月龄, 河南省驻马店市上蔡县人, 患此属于个人低保户, 26年4月14日确诊急性淋巴细胞白血病, 现于中山大学孙逸仙纪念医院住院治疗, 现在进行脐带血移植手术, 家中一共六口人夫妻二人常带两个孩子和2岁多的大儿子, 保为陪护孩子治病, 母亲全在医院照料无法工作, 父亲也有基础病还有年龄问题也无法工作, 只能收点菜钱点废品, 还有带个大儿子还要每天送饭, 家庭无房产只有自住房无车辆, 前期治病已经耗尽家里全部积蓄, 向亲友也借了很多, 报销之后仍有大额, 本人保证上述情况完全真实, 恳请贵会给予患儿医疗救助, 完成治疗。 申请人签名: 王 2026 年 9 月 23 日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 患儿确诊“急性淋巴细胞白血病”, 拟行异基因造血干细胞移植术, 本院住院总费用约 20 万元。 医师签名: 梁科 2026 年 9 月 23 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元 (大写: 5 万 元 角 分) 负责人签名: 林伟吟 2026 年 9 月 21 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 40,000.00 元 (大写: 肆 万 仟 佰 拾 元 角 分) 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

“善及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名: 王	性别: 女	年龄: 1岁
病种: 婴儿急性淋巴细胞白血病 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 40,000 元（大写：人民币肆万元整），将作为王 治疗费用。

受助人（监护人）: 王

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等）:

电 话:

经办人: 阮依文

电 话: 18924052214

日 期: 2026年10月27日

项目救助款由



哥第善及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:王 性别:女 年龄:10月20天 科室:儿科五区(层流室) 床号: 住院号:

姓名:王	住院号	出生地: 河南省驻马店市上蔡县
性别:女	年龄:10月20天	科室:儿科五区(层流室)
入院时间: 2026-09-14		出院日期: 住院治疗中
临床诊断: 1. 婴儿急性淋巴细胞白血病(B,HR,CNS3,伴 KMT2A::AFF1、AFF1::KMT2A 融合, KRAS、TP53、PIK3D 突变); 2. 中枢神经系统白血病; 3. 化疗后骨髓抑制; 4. 肝功能异常;		
治疗意见: 患儿于 2026-09-23 入仓并开始预处理化疗, 拟于 2026-10-05 输注 9/10HLA 相合无关供者脐血干细胞。		
记录日期: 2026-09-29		医生: 黄科 儿科五区



上蔡县杨集镇高岳村村民委员会

证明

兹证明上蔡县杨集镇高岳村 村民 王
男 身份证号 其孙女 王 女身
份证号 属我村新增低保人员 情况
属实。

特此证明



杨集镇高岳村委员会



2026年10月9日



