

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: 2026861

申请日期: 2026年10月12日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	周		男	2016.8.14			湛江市霞山区	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	
	白血病		广东医科大 学附属医院	2026.4.24	40万			
	购买保险情况及报 销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 60_%	☐ 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 4 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 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	周	42	健康				
	母亲	陈	34	健康				
申请救助理由(请详细描述)	丈夫退休后没有固定工作收入不稳定, 家里有4个年幼的孩子, 已是陆陆续续给孩子和父母治病, 完全超出了经济范围, 目前丈夫长期在医院陪护, 我本人要照顾年幼的3个孩子和双双患糖尿病的父母亲, 母亲和父亲糖尿病长期吃药打针, 母亲更糖尿病严重了现在又视网膜病变, 视力很模糊需 本人保证上述情况完全真实, 要有人照顾! 特此申请救助! 申请人签名: 陈 2026年10月12日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病, 全程治疗费用预估40万元。							
	医师签名: 1011				2026年10月13日			
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥50000 元 (大写: 伍万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 林 2026年10月13日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥30,000.00 元 (大写: 叁万元整) 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: 周	性别: 男	年龄: 10岁
病种: 白血病	治疗医院: 广东医科大学附属医院	

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), 将作为周 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: 18924052244

日 期: 2016年10月28日

广东医科大学附属医院



疾病诊断证明书

编号

姓名	周	性别	男	年龄	10岁	职业	
证件号码				住址/单位			
入院日期	2026-08-31	住院号		科室	(海东) 儿童血液肿瘤专科病房		
临床 诊断	1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 急性淋巴细胞白血病 (B系 中危)						
处理 意见	患儿从2026-08-31至今至我院住院治疗						
医师	[Signature]			签发日期	2026年09月02日10时01分		





湛江市麻章区麻章街道办民乐社区居民委员会

地址：麻章镇

邮政编号

电话

邮箱

家庭经济情况说明

兹有我居委会居民陈 [REDACTED] 身份证号码 [REDACTED]

家庭住址：湛江市麻章区麻章镇 [REDACTED] 家庭人口共 6

人。家庭年收入约为 6 万。其儿子周 [REDACTED] 身份证号：

[REDACTED] 有急性淋巴细胞白血病病，已在广东医科大学附属医院接收治疗。因孩子治疗费用支出，家庭经济负担重，基本生活出现困难。

以上所述属实，特此说明。

湛江市麻章区麻章街道办民乐社区居民委员会

二〇二六年九月十一日



