

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: 2026863

申请日期: 2026年10月8日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	郑		男	20250801			广东汕尾	
	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
	范可尼贫血		广州市妇女儿童医疗中心珠江新城	2025年11月	30-40万		/	☐ 是 ☐ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 55-60 %	☐ 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 1 名; 66000 元		
	父亲	郑	33	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 元		
	母亲	杨丽娜	30	良好		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: ☒ 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>本人系患儿家长,孩子于2025年8月1日出生,出生后即被诊断为“先天性胆门闭锁”,历经3期手术治疗,已于2026年5月完成该病的全部治疗。接着,由于孩子是血象三系减少的情况,医生建议做骨髓穿刺与基因检测,不幸确诊为“范可尼贫血”。目前,孩子需要进行干细胞移植。长期的住院治疗与即将面临的移植,产生的高昂费用,无奈之下,特向贵促进会申请救助。万分感谢! 本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 杨 2026年10月8日 感恩!!!</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断范可尼贫血, 拟行造血干细胞移植, 费用约 30-40万元。							
	医师签名:		2026年10月8日					
	医院意见(盖章):		建议给予医疗救助金 ¥40000 元 (大写: 肆万 仟 元 角 分)					
		负责人签名: 何靖臣		2026年10月8日				慈善基金审批专用章
广东公益恤孤助学促进会意见:								
		同意救助 ¥25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟元)		2026年10月26日				
		负责人签名: 林钧泽		秘书处				



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: 郑	性别: 男	年龄: 1岁2月
病种: 范可尼贫血	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠江新城)	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为郑 的治疗费用。

受助人 (监护人): 杨

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈依云

电 话: 18924052264

日 期: 2026年10月28日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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：郑 性别：男 年龄：1岁1月科别：珠-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断：1. 范科尼贫血

医嘱及建议：患儿于2026.09.29入院，拟行造血干细胞移植。

医师签名：江运亭

日期：2026-10-08 11:58:38

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

兹有患儿郑，患范妮贫血疾病，性别男，年龄1岁，是广东省（区、市）汕尾市（州）陆丰县（区）碣石镇（街道）浅澳村民小组（居委会），（父亲：郑，母亲：杨）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：郑 身份证号：_____

患儿母亲：杨 身份证号：_____

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

经办人及联系电话：



2026 年 9 月 7 日

