版权归广东公益恤孤助学促进会所有

广东公益恤孤助学促进会“菩及深呼吸共愈计划”病童救助专项申请表

编号：2026874　　申请日期：2026 年 10 月 21 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	麦[redacted]	男	2018.12.15	[redacted]		清远佛冈汤塘	
	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
	重型再生障碍性贫血 USP9X突变 房间隔缺损	孙逸仙纪念医院	2026.5.18	30万	[redacted]		□是 □否
	购买保险情况及报销比例	□新农合 30 %	□城镇居民 ____ %	□商业保险 60 %	□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	1、抚养 18 岁以下儿童 2 名；3.65-4.85 2、家庭年收入（不含政府补贴） 0 元 3、固定资产：0 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 /	/	/	/			
	母亲 麦[redacted]	33	健康	[redacted]			
申请救助理由（请详细描述）	我是单亲妈妈，现在为了照顾孩子，没有收入来源， 物价贵用高，经济压力大，希望得到救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：麦[redacted] 2026 年 10 月 21 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：患儿麦[redacted]于2026年7月诊断重型再生障碍性贫血，输血依赖，有造血干细胞移植指征，目前在科住院，拟行造血干细胞移植术，治疗费用约30万元。 医师签名：林[redacted] 儿科五区 2026 年 10 月 21 日						
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥30000 元（大写：叁万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名：[redacted] 2026 年 10 月 21 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 11 月 2 日						

廣東公益恤孤助學促進會
Orphan Education Society Guangdong

“菩及深呼吸共愈计划”病童救助专项
救助款收据

病童姓名：麦[redacted]　性别：男　年龄：7

病种：重型再生障碍性贫血　治疗医院：孙逸仙纪念医院

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），将作为麦[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：黄[redacted]

电　话：[redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电　话：/

经办人：[redacted]

电　话：18924052214

日　期：2016年11月3日

项目救助款由 哥弟菩及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:麦[redacted] 性别:男 年龄:7岁9月 科室:儿科四区 床号:[redacted] 住院号:[redacted]

姓名:麦[redacted]	住院号:[redacted]	出生地：广东省清远市佛冈县
性别:男	年龄:7岁9月	科室:儿科四区
入院时间：2026-09-17		出院日期：2026-09-26

临床诊断：1.USP9X基因突变； 2.重型再生障碍性贫血； 3.屈光不正（ou）； 4.视野缺损（ou）； 5.先天性白内障（OD）； 6.房间隔缺损； 7.高免疫球蛋白血症（IgE）； 8.小于胎龄儿； 9.肝功能异常； 10.智力发育障碍；

治疗意见：
详见出院小结。

记录日期：2026-09-26

医生：陈宫惠

中山大学孙逸仙纪念医院 儿科四区

家庭情况说明

兹有患儿麦[redacted]，患重型再生障碍性贫血，男，7岁，是广东省清远市佛冈县汤塘镇暖坑村委会[redacted]村民（居民）的儿子。（父亲：麦[redacted]，母亲：黄[redacted]）。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：麦[redacted] 身份证号：[redacted]

患儿母亲：黄[redacted] 身份证号：[redacted]

情况属实，特此证明。

村委会/居委会（盖章）

2026 年 10 月 17 日

