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重症病童“一次救助”申请表（合作医院推荐）

编号：2026893　　申请日期：2026年10月10日

	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
病童资料	谢[redacted]	男	2024年1月	[redacted]		广东省吴川市	
	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	广东医科大学附属医院	2026年8月	30万元	[redacted]	/	□是 √否 残疾类型和级别：/
	购买保险情况及报销比例	√新农合 60 %	□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 谢[redacted]	32	健康	[redacted]
	母亲 陈[redacted]	28	健康	[redacted]

1、抚养18岁以下儿童 2 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 30000 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

申请救助理由（请详细描述）

本人儿子于2026年8月确诊急性淋巴细胞白血病，一直在广东医科大学附属医院进行化疗治疗。确诊至今已花光家庭积蓄，后续仍需长期巩维持化疗，用药、营养开销等，父亲打零工干体力活，收入微薄，母亲因孩子重病需要全程陪护，无法外出务工。同时[redacted]在出生时被确诊患有皮罗综合征，前往广州做过手术及治疗；家中还有小孩需抚养。巨大的花费，家庭无力承担，特申请此助。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：陈[redacted]　2026年10月13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30万元。

医师签名：[redacted]　2026年10月13日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥25000 元（大写：贰万伍仟零佰零拾零元零角零分）

负责人签名：[redacted]　2026年10月13日

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）

负责人签名：林钧泽　2026年11月2日

广东公益恤孤助学促进会 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：谢[redacted]	性别：男	年龄：2岁	
病种：急性淋巴细胞白血病	治疗医院：湛江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25,000元（大写：人民币贰万伍仟元），将作为谢[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：陈[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：2026年11月4日

广东医科大学附属医院

疾病诊断证明书

编号：[redacted]

姓名	谢[redacted]	性别	男	年龄	2岁	职业	-
证件号码	[redacted]			住址/单位	-		
入院日期	2026-08-23	住院号	[redacted]	科室	（海东）小儿外科病房		
临床诊断	急性淋巴细胞白血病						
处理意见	患儿在我科确诊并治疗。						
医师	[redacted]			签发日期	2026年08月25日09时18分		

广东医科大学附属医院 (79) 诊断证明专用章 4408030012249

吴川市黄坡镇里屋村民委员会

证明

兹有我村委会[redacted]村民谢[redacted]男，身份证号码：[redacted]生育一男一女，其儿子谢[redacted]身份证号码：[redacted]患有急性淋巴.细胞血病，现在广东医科大学附属医院治疗。由于医疗费用大，而且全家收入微薄，谢[redacted]靠打零工收入，而且女儿谢[redacted]患有发育迟缓、不全证。家庭经济困难，无力承担医疗费用，以上情况属实。

特此证明！

黄坡镇里屋村委会

2026年9月3日

