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：2026901　　申请日期：2026年10月15日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	覃	男	2021.01.07			广东省德庆县	
	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
	B淋巴母细胞性白血病/淋巴瘤	广州医科大学附属妇女儿童医疗中心	2026.05.15	50万元		/	□是 ☑否 残疾类型和级别：/
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 60%-70%	□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	覃	41	良好	
母亲	江	37	良好	

1、抚养18岁以下儿童 3 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 50000 元
3、固定资产：0 套房子；0 辆摩托车；1 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）

孩子覃 确诊B淋巴母细胞性白血病/淋巴瘤，长期住院化疗，医疗花费高昂，家中爷爷奶奶年近七十，还有两个上学的哥哥姐姐。仅父亲每月4000元收入，母亲全程陪护无工作，无其他经济来源，积蓄全部用来治疗，后续费用缺口巨大，生活十分困难，现申请公益救助，信息全部属实。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：江　　2026年10月15日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：B淋巴母细胞淋巴瘤（高危），总计费用50万！

医师签名：[illegible]　　2026年10月15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：[illegible]　　2026年10月20日

广东医科大学附属妇女儿童医疗中心 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 ¥30,000.00 元（大写：叁万元整）

负责人签名：林钧泽　　2026年11月9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：覃[redacted]　性别：男　年龄：5岁

病种：B淋巴母细胞性白血病/淋巴瘤　治疗医院：广州医科大学附属妇女儿童医疗中心

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），将作为覃[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：江[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10日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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：覃[redacted]　性别:男　年龄:5岁　科别：增-血液肿瘤科2组　床号[redacted]　住院号：[redacted]

诊 断：1.恶性肿瘤维持性化学治疗 2.B淋巴母细胞性白血病/淋巴瘤 3.肝功能检查的异常结果

医嘱及建议：患儿2026-09-14至2026-09-21于我院增-血液肿瘤科2组治疗。

医师签名：邱琳 //袁丝

日　期:2026年09月21日 10:00:00

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。

广州医科大学附属妇女儿童医疗中心 GUANGZHOU WOMEN AND CHILDREN'S MEDICAL CENTER GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY P.R. CHINA 诊断（5）治疗证明专用章

家庭情况说明

兹有患儿覃[redacted]，患B淋巴母细胞性白血病/淋巴瘤疾病，性别男，年龄5岁，是广东省肇庆市德庆县[redacted]（父亲：覃[redacted]，母亲：江[redacted]）村民的儿子。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：覃[redacted] 身份证号：[redacted]

患儿母亲：江[redacted] 身份证号：[redacted]

情况属实，特此证明。

村委会盖章：

经办人及联系电话：[redacted]

2026年 10月 13日


Fly
City