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： 20269106　　申请日期：2026 年 10 月 23 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	钟	女	2018.8月16日			江西	
	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
	急性髓系白血病	广州市妇女儿童医疗中心	2026年7月29日	50万左右			☐是 ☑否 残疾类型和级别：
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 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	钟	43	健康	
母亲	白	41	健康	

1、抚养 18 岁以下儿童 1 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 6万 元
3、固定资产：1套房子；1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）

家庭有4人，本人钟 家庭有人口4人 困难起因，因钟 被确诊急性髓系白血病 2026年7月29日在广州市妇女儿童增城院区治疗已花163 现已转入移植仓C4做移植 困难非巨大

本人保证上述情况完全真实。
申请人签名：钟　　2026 年 10 月 23 日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：诊断：1.急性淋巴细胞白血病，高危，非缓解期2次CR后移植，治疗费用在 60-70 万元.

医师签名：　　2026 年 10 月 26 日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥ 45000 元（大写：肆 万 伍 仟 ___ 佰 ___ 拾 ___ 元 ___ 角 ___ 分）

负责人签名：　　2026 年 10 月 26 日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥ 40,000.00 元（大写：肆万元整）

负责人签名：林钧泽　　2026 年 11 月 9 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：钟[redacted] 性别：女 年龄：8岁

病种：急性随系白血病M4 治疗医院：广州市妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 40,000 元（大写：人民币肆万元整），将作为钟[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：钟[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（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：钟[redacted]　性别:女　年龄:8岁　科别：珠-血液肿瘤科2组　床号:[redacted]　住院号:[redacted]

诊 断:

急性髓系白血病

医嘱及建议：患儿于2026.10.13至今于珠-血液肿瘤科住院治疗，行异基因造血干细胞移植术。

医师签名：[redacted]　/

日　期:2026.10.26

广州医科大学附属妇女儿童医疗中心 (2) 诊断治疗证明专用章 GUANGZHOU WOMEN AND CHILDREN'S MEDICAL CENTER, GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY P.R.CHINA

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。

照

片

批准机关：永丰镇人民政府（公印）

编　　号：

发证日期：2026年10月21日

户主姓名	白[illegible]	性别	女	出生年月	1981.01
保障人口	2	户月保障金额	1140	保障类别	□常补 ☑非常补
身份证号码	[illegible]			户籍类别	☑农业 □非农业
户籍所在地	永丰	街道(乡镇)		社区(村)	

纳入保障的家庭成员情况

姓名	与户主关系	性别	年龄	身体状况
白[illegible]	本人	女	45	健康
钟[illegible]	女儿	女	8	慢性[illegible]

最低生活保障证

江西省民政厅

