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：2026907　　申请日期：2026年 11月 2日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	邵	男	2008.11.27			广东茂名电白	
	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	南方医科大学珠江医院	2026年3月25	60万			☐是 ☑否 残疾类型和级别：/
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 50 %	☐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	邵	60	残疾二级	
母亲	陈	52	乳腺癌	

1、抚养 18 岁以下儿童 1 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴）24000 元
3、固定资产：1 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）

患儿父亲邵　中风无劳动能力，肢体残疾二级。母亲陈　因2015年患有宫颈癌，2017年再查出乳腺癌。如今孩子邵　在2026年3月份又确诊出急性淋巴白血病，家庭成员多患有重疾，经济困难，无法负担医疗费，望能给予救助。

本人保证上述情况完全真实。
申请人签名：陈　2026年 11 月 2 日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：急性B淋巴细胞白血病，已行化疗，第1次2026年11月6日行鞘注一次，化疗费用约60元左右。

医师签名：　2026年 11 月 2 日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写：叁万 零仟 零佰 零拾 零元 零角 零分）

负责人签名：　2026年 11 月 2 日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥ 45,000.00元（大写：肆万伍仟元 ）

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：邵[redacted] 性别：男 年龄：17
病种：急性淋巴细胞病 治疗医院：南方医科大学珠江医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款45,000元（大写：人民币肆万伍仟元），将作为邵[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：18972405214
日　期：2016年11月10日

南 方 医 科 大 学 珠 江 医 院

诊 断 证 明 书

姓名：邵　　科室：重症医学科四病区　床号：　　ID号：　　住院号：

科别：重症医学科四病区	入院日期：2026年10月27日 出院日期：

检查结果：

诊断意见：急性B淋巴细胞白血病

处理意见：入层流病房行异基因造血干细胞移植。

医生签名：黄宇

日期：2026年11月06日

南方医科大学珠江医院 诊断专用章 (44)

签发单位：（盖章）

证 明

兹有我镇[redacted]居委会居民邵[redacted]，男，身份证号码：[redacted]系我镇在册享受事实无人抚养儿童待遇，情况属实。

特此证明。

电城镇公共服务办公室

2026 年 10 月 30 日


9