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： 2026908　　申请日期：2026年10月20日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈	男	2024.7.4			陆丰市	
	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
	T淋巴母淋巴瘤	广州市妇女儿童医疗中心	2026.4.29	50余元		/	☐是 ☑否
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 50-60%	☐城镇居民 ____%	☐商业保险 ____%	☐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
	父亲 陈	25	健康	
	母亲 温	26	健康	

1、抚养18岁以下儿童 2 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 4-5W 元
3、固定资产：没 套房子；没 辆摩托车；没 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）

患儿于4月28日发现“呼吸困难前往深汕中心医院检查建议转院广州治疗做活检检查出T淋母细胞淋巴瘤目前已花费10万余元后续还需4个疗程治疗后续维持治疗。两年半费用巨大家里还有五个幼小孩，现恳请爱心救助。

本人保证上述情况完全真实。
申请人签名：陈　　2026年 10月 20日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：诊断T淋巴母细胞白血病（急危）明确。预计后续所需治疗费用50万左右。

医师签名：[illegible]　　2026年 10月 20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

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：陈	性别：男	年龄：2岁
病种：T淋把母细胞白血病/淋巴瘤	治疗医院：广州恒大妇儿医疗健康管理有限公司	

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），将作为陈[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：18972405224

日　期：2026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：陈　　性别:男　年龄:2岁2月科别：增-血液肿瘤科2组　床号:　住院号:

诊　断: 1.恶性肿瘤维持性化学治疗 2.T淋巴母细胞白血病/淋巴瘤

医嘱及建议： 患儿2026-09-28至2026-10-13于我院增-血液肿瘤科2组治疗。

医师签名：　/王萌/杨庆方

日　　期:2026年10月13日 10:00:12

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。

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

陆丰市碣石镇滴水村民委员会

证　明

兹有本村村民陈[redacted]，男，身份证号码：[redacted]确诊T淋母淋巴瘤，需长期住院治疗，医疗开销巨大。家中收入微薄，为治病耗尽积蓄，还欠下巨额外债，无能力承担后续医药费，家庭经济极度困难。情况属实，恳请基金会予以爱心资助。

特此证明

碣石镇滴水村民委员会

2026年7月11日


I DON'T NEED TO
BE FIXED