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救助申请表（合作医院推荐）

编号：2026910　　申请日期：2026年9月9日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄	女	2015.2.15			广西	
	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
	髓系白血病	附一医院 广州医科	2026.2.16	50万		/	□是 ☑否 残疾类型和级别：/
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 50-70 %	□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	黄	52岁	好	
母亲	覃	49岁	好	

1、抚养18岁以下儿童 1 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 2万 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）

患儿于2026年2月16日确诊髓系白血病，目前在广州医科大学附属医院治疗，预估费用超30万元，因需要全职陪护，无法工作，已无收入且负债累累，无法承担高额医疗费，特向贵会申请救助，万分感谢

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：黄　　2026年9月9日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：患儿黄 确诊急性髓细胞白血病（高危型），须完成多阶段治愈化疗，治疗费用约50万元人民币。

医师签名：[illegible]　　2026年9月9日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥1万 元（大写：壹万 元 仟 百 佰 拾 元 角 分）

负责人签名：[illegible]　　2026年9月9日

广州医科大学附属第一医院 住院医疗费专用章 沿江新大学分院

广东公益恤孤助学促进会 秘书处

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 ~~佰 拾 元 角 分~~）（易娱专项）

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

（易娱公益项目）

病童姓名：黄[redacted] 性别：女 年龄：11岁

病种：急性白血病 治疗医院：广州医科大学附属第一医院

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），将作为黄[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：黄[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10日

广州医科大学附属第一医院
THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY

疾病诊断证明书

姓名：黄 性别：女 年龄：11岁 住院号：

经我院普通儿科(沿江)临床检查、诊断为：

诊断：急性粒单核细胞白血病(M4型)（高危，KAT6A::CREBBP,复杂核型）

此证广州医科大学附属第一医院住院医疗业务专用章 主诊科（盖章）病区

主诊医师：关锐明

医务科（盖章）

日期：2026年11月9日

证明

兹有我村常住村民黄[redacted](女，汉族，身份证号[redacted])，患急性髓系白血病。其父黄[redacted](身份证号[redacted])外出务工维持生计，母亲覃[redacted](身份证号[redacted])全职照护患儿，无收入。家庭年收入约3万元，生活困难，情况属实。

特此证明。

广西容县石头镇[redacted]石村村民委员会

经办人签字：[redacted]

联系电话：[redacted]

2026年1月10日

