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：20260915　　申请日期：2026年7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	
	赖	男	2020.9			广东.珠海	
	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
	急性白血病	中山一院	2026年.4月	20万-25万		门诊号	☐是 ☑否
	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	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	赖	43	良好	
母亲	莲	41	良好	

1、抚养18岁以下儿童 2 名：2.49-3.63、
2、家庭年收入（不含政府补贴） 0 元
3、固定资产：1 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）

患儿赖，5岁8月，确诊了系急性淋巴细胞白血病，于中山大学附属第一医院持续化疗治疗。疗程长、医疗费用高昂，家庭经济条件有限，目前家庭零收入，长期治疗负担沉重，无力承担后续医药费，特此申请医疗救助。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：赖　　2026年7月23日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：确诊急性淋巴白血病，下一步化疗治疗费用约20-25万。

医师签名：　　2026年7月23日

医院意见（盖章）：情况属实，请予救助为盼

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7月23日

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）

负责人签名：林钧泽　　2026年11月9日

注：2026年7月24日等到，8月2日电话家长反馈当前未在中山一院治疗，待回院治疗后再跟进。10月底父母告知孩子已回院治疗，于2026年11月9日审批通过，同意资助

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：赖[illegible]	性别：男	年龄：6岁
病种：急性淋巴细胞白血病	治疗医院：中山大学附属第一医院	

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），将作为赖[illegible]的治疗费用。

受助人（监护人）：赖[illegible]

电　话：[illegible]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电　话：/

经办人：陈依亮

电　话：18924052214

日　期：2026年11月10日

中山大學 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：赖 科别：儿科二科 床号： 住院号：

出院患者疾病证明书

姓名：赖 性别：男 年龄：6岁 出院科别：儿科二科 住院号：

入院日期：2026年10月08日 出院日期：2026年10月29日

出院诊断：1.急性淋巴细胞白血病，T(中危，缓解期)，2.恶性肿瘤维持性化学治疗，3.中枢神经系统白血病(CNS2)，4.化疗后骨髓抑制(IV级) 1)粒细胞缺乏2)继发性血小板减少3)贫血（中度），5.感染性发热，6.新型冠状病毒感染，7.伪膜性肠炎，8.口腔炎，9.上呼吸道感染，10.肝功能损害，11.低白蛋白血症，12.低钾血症，13.屈光不正，14.倒睫，15.龋齿

入院情况及诊疗经过：详见出院记录。

中山大学附属第一医院
医师：[illegible]科
疾病证明专用章
2026年10月29日

扫描全能王 创建

证明

兹有我湛江市廉江市[redacted]民赖[redacted]，性别：男 身份证号：[redacted]其儿子：赖[redacted]身份证号：[redacted]患有：急性淋巴细胞白血病，需做药物化疗，其治疗费用巨大，因家庭生活困难，望有关部门及人事给予帮助为盼。

特此证明

廉江市雅塘镇长卷车村村委员会

2026 年 11 月 4 日

扫描全能王 创建


附一院