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：20260917　　申请日期：2026年10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	
	罗	男	2024.3.20			广东省江门市蓬江区	
	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
	伯基特淋巴瘤	人民医院	2026.6.21	15万-20万		/	☐是 ☑否
	购买保险情况及报销比例	☐新农合 ____ %	☑城镇居民 45%-60%	☐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	罗	35	良好	
母亲	劳	36	良好	

1、抚养18岁以下儿童 2 名；约5万
2、家庭年收入（不含政府补贴）~~5~6.4~~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）

因小孩突发此病，全本普通家庭医力太大，父亲每月收入不多，2个小孩需要抚养，母亲需要长期在医院照顾小朋友，完全没有收入，望能给予批准，能帮轻一下治疗费用。

本人保证上述情况完全真实。
申请人签名：劳　　2026年10月9日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：患者诊断为“伯基特淋巴瘤（高危组 III期）”明确，目前在我院住院化疗，预计治疗费用15~20万元。

医师签名：　　2026年10月09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10月19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：罗	性别：男	年龄：2岁6个月
病种：伯基特淋巴瘤	治疗医院：省人民医院惠福分院	

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），将作为罗 的治疗费用。

受助人（监护人）：劳

电　话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电　话：/

经办人：陈

电　话：18924052214

日　期：2016年11月19日

广东省医学科学院 GUANGDONG ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES 广东省人民医院 GUANGDONG PROVINCIAL PEOPLE'S HOSPITAL

疾病诊断证明书

编号：[redacted]

科室：儿童血液科　　住院号(门诊号)：[redacted]

姓名：罗[redacted]　性别：男性　年龄：2岁4月　床号：[redacted]

入院日期：2026-07-22　　出院日期：2026-08-10

处理意见：

患儿因“确诊伯基特淋巴瘤1月余，复治。”收住院。入院完善相关检查，予R-AA方案化疗，化疗过程顺利，现一般情况稳定，予出院。

诊断：

1.恶性肿瘤维持性化学治疗；2.伯基特淋巴瘤；3.肺动脉瓣狭窄；4.室间隔缺损；5.化疗后骨髓抑制；6.急性上呼吸道感染

医嘱：

：门诊监测血常规，儿童血液科随诊；14/8返院复治，有不适随诊。(预约电话020-81884713-80311)

复诊建议：

医师：

日期：2026年08月10日

注：1.加盖疾病诊疗专用章后方才生效，遗失不补

2.涂改无效

3.只作疾病证明，不得作其它证明使用

证明

兹有我村委村民罗[redacted]，性别：男，身份证号码：[redacted]，因患有伯基特淋巴瘤在医院接受治疗，其母亲目前专门陪护，故无法上班，无经济收入来源，现在阶段因罗[redacted]有大病导致家庭经济负担较大，生活困难，据了解核实，情况属实。

特此证明

荷村村民委员会

2026年8月21日

