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：2026919　　申请日期：2026 年 10月13 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	冯[redacted]	女	2015.10.3	[redacted]		广东省清远市阳山县	
	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	广州师妇女儿童医疗中心增城院区	2026.7.31	50－60万元	[redacted]	[redacted]	□是 ☑否
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 30%45 %	□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	冯[redacted]	33	良好	[redacted]
母亲	陈[redacted]	34	右叶甲状腺乳头状癌	[redacted]

1、抚养 18 岁以下儿童 4 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 5万 元
3、固定资产：1 套房子；/ 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）

家里爷爷奶奶年迈，没有劳动能力，爷爷去年做了腰椎神经手术，奶奶9月30号摔倒小腿骨折已手术还在住院中，家里还有四个未成年的小孩在上学，妈妈患有右叶甲状腺乳头状癌，需要长期吃药，要照顾小孩无法工作。冯[redacted]是家中老三，今年七月份确诊的急性淋巴细胞白血病已经进行了两段化疗，现在进行到第三段化疗需要用到免疫靶白药贝村妥自费要十五六万治疗费高，难以承担，因病致贫。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：陈[redacted]　　2026 年 10 月 13 日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：急性淋巴细胞白血病（L2，common-B，ATAD5::NUTM1，中危）
治疗费用约 50-60万元

医师签名：[illegible]　　2026 年 10 月 15 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

广州医科大学附属妇女儿童医疗中心 慈善基金审批专用章

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

广东公益恤孤助学促进会 秘书处

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：冯	性别：女	年龄：11
病种：急性淋巴细胞白血病	治疗医院：广州医科大学附属妇女儿童医疗中心增城院区	

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），将作为冯的治疗费用。

受助人（监护人）：陈

电　话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电　话：/

经办人：

电　话：18924052214

日　期：2026年1月1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：冯　　性别:女　年龄:10岁　科别：增-血液肿瘤科1组　床号　　住院号：

诊 断:1.急性淋巴细胞白血病(L2,Common-B,ATAD5::NUTM1) 2.化疗后骨髓抑制

医嘱及建议：患儿于2026.07.27-08.12在我院增-血液肿瘤科住院治疗。

医师签名：/韦丽佳

日　期:2026.08.12

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。

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

家庭情况说明

兹有广东省阳山县[redacted]民冯[redacted]，身份证号码：[redacted]性别女.年龄11岁,据其父母提供的住院材料显示其患急性淋巴细胞白血病疾病，据其父母提供的住院材料显示治疗费用较高，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

父亲:冯[redacted]，身份证号:[redacted]

母亲:陈[redacted]身份证号:[redacted]

阳山县阳城镇鱼水村民委员会

鱼水村委会

2026年10月13日

