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：2026926　　申请日期：2026 年 10月21日

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 病童资料 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | | 户籍所在地 | |
| | 毕 | 毕 | 2021.5.12 | | | 铜鼓 益和 | |
| | 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 |
| | 急年型难单核细胞白血病 | 广州市第一人民医院南沙分院 | 2025.12.20 | 40万元 | | / | ☐是 ☑否 残疾类型和级别：/ |
| | 购买保险情况及报销比例 | ☑新农合 60 % | ☐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 毕 | 36 | 良好 | |
| | 母亲 吴 | 30 | 良好 | |

1、抚养 18 岁以下儿童 1 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 5万 元
3、固定资产：0 套房子；1 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）**

1.患儿情况：患儿于2025年12月20日确诊为急年型难单核细胞白血病入院，经过化疗，造血干细胞移植。现在正进行长期抗排异，化疗后的巩固治疗，因期长药贵，检查费用较高，远超过家庭承受能力。

2.家庭经济情况：家有成员、父亲，母亲，需陪工陪护，无房所有物品车贷款、存款，亲戚朋友借来两万多元以上外债，日常吃就医、交通、住宿开支大，期望申请资助，减少压力，非常感谢。

本人保证上述情况完全真实。
申请人签名：吴　　2026年 10月21日

**医院填写**

疾病诊断及治疗（费用）：
患者确诊幼年型难单核细胞，前期治疗效果欠佳，于2026.4.1行异基因造血干细胞移植治疗，现长期抗排异、预防感染、定期维持化疗中，总费用预计约40万元。
医师签名：[illegible]　　2026年 10 月 21 日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元（大写：伍 万 / 仟 / 佰 / 拾 / 元 / 角 / 分）

负责人签名：[illegible]　　2026年 10月 22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 16 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：[redacted] | 性别：男 | 年龄：5岁 | |
| 病种：幼年脊髓性肌萎缩症 | 治疗医院：广州市第一人民医院南沙分院 | | |

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[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：[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17日

# 广州市第一人民医院

## 住院（留观）患者电子诊断证明书

编号：[redacted]

姓名：华[redacted]　　性别：男　　年龄：5岁4月5天

身份证号：[redacted]　　住院号：[redacted]

病区：南沙血液内科二区　　床号：[redacted]

入院日期：2026-09-17　　出院日期：2026-09-18

**入院诊断：**

西医：1、免疫性血小板减少；2、幼年粒单核细胞白血病（KRAS、PTPN11）；（1）造血干细胞移植状态(母供子，B+供A+；脐血男，A+)；（2）恶性肿瘤维持性化学治疗；（3）低丙种球蛋白血症；3、继发性免疫缺陷；

**出院诊断：**

西医：1、免疫性血小板减少；2、幼年粒单核细胞白血病（KRAS、PTPN11）；（1）造血干细胞移植状态(母供子，B+供A+；脐血男，A+)；（2）恶性肿瘤维持性化学治疗；（3）低丙种球蛋白血症；3、继发性免疫缺陷；

**病情摘要：**

**备注：**

医生签名：宋[illegible]

签名时间：2026-09-18 10:56　　住院诊断证明专用章

（住院病区盖章）　　（出入院结算处盖章）

（本诊断证明书未经医生签名及盖章无效）

# 证　　明

兹有我村[redacted]村民华[redacted]，男，身份证号码：[redacted]其儿子华[redacted]，男，身份证号码：[redacted]患重病花销较大，导致家庭经济困难。情况属实，特此证明。

砂子岭村村民委员会

2026 年 10 月 10 日

