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：2026927　　申请日期：2026年10月19日

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 病童资料 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | | 户籍所在地 | |
| | 王[redacted] | 女 | 2011.1.22 | [redacted] | | 江西省宜春市万载县[redacted] | |
| | 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 |
| | 重度再生障碍性贫血 | 广州市第一人民医院 | 2026.7 | 20万元 | [redacted] | [redacted] | ☐是 ☑否 残疾类型和级别： |
| | 购买保险情况及报销比例 | ☐新农合 ____ % | ☑城镇居民 60 % | ☐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 王[redacted] | 41 | 正常 | [redacted] |
| | 母亲 郭[redacted] | 36 | 慢性病 | [redacted] |

1、抚养18岁以下儿童 2 名；72000
2、家庭年收入（不含政府补贴）~~3000~~ 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）**

本人女儿确诊重型再生障碍性贫血，已在广州完成骨髓移植手术，目前处于移植后长期康复阶段，后续需要持续门诊复查、服用抗排异、抗感染药物，医疗开支巨大，家庭经济困难，依靠低保维持生活，医保报销后自付费用压力沉重，无力承担后续治疗费用，现申请医疗救助。

本人保证上述情况完全真实。
申请人签名：郭[redacted]　2026年10月19日

**医院填写**

疾病诊断及治疗（费用）：患者诊断为重型再生障碍性贫血伴PNH克隆，2026-9-10行异基因造血干细胞移植，现予免疫调节、预防真菌病毒感染等治疗中，总费用预计20万元。

医师签名：[redacted]　2026年10月19日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥50000 元（大写：伍万元整）

负责人签名：[redacted]　2026年10月23日

**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：王 | 性别：女 | 年龄：15 |
| 病种：重度再生障碍性贫血 | 治疗医院：广州市第一人民医院 | |

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），将作为王 的治疗费用。

受助人（监护人）：王

电　话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电　话：/

经办人：陈依玄

电　话：18924052744

日　期：2016 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：王[redacted]　　性别：女　　年龄：15岁

身份证号：[redacted]　　住院号：[redacted]

病区：南沙骨髓移植病区　　床号：[redacted]

入院日期：2026-08-01　　出院日期：2026-09-29

入院诊断：

西医：1、重度再生障碍性贫血；

出院诊断：

西医：1、极重型再生障碍性贫血伴PNH克隆（染色体+8）；2、造血干细胞移植状态(非血缘，男供女，HLA 10/10，O+供O+)；3、重症免疫缺陷；4、感染性发热；5、肝功能不全；6、低蛋白血症；7、营养不良；8、凝血功能异常；9、电解质紊乱；10、甲状腺左侧叶内结节(TI-RADS分级：4a级)；11、亚临床甲状腺功能亢进；12、桥本甲状腺炎？；13、细支气管炎；14、鼻窦炎；15、脾大；16、部分回肠肠管扩张积液(反射性肠郁张可能，粘连待排)；17、肺诊断性影像异常；

病情摘要：

备注：

医生签名：[redacted]

签名时间：2026-09-29 13:45　　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

兹有王[redacted]，性别女，身份证号[redacted]家庭住址：江西省宜春市万载县[redacted]，2026年10月10日经核查该对象系江西省宜春市万载县最低生活保障对象，特此证明。

万载县民政局

2026年10月11日

（此证明仅用于证明家庭经济困难使用）

