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：2026936　　申请日期：2026 年 9 月 30 日

	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
病童资料	龙[redacted]	男	2014年5月	[redacted]		广东省吴川市	
	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	广东医科大学附属医院	2026年8月	30万元	[redacted]	[redacted]	□是 ☑否
	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	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 龙[redacted]	49	健康	[redacted]
	母亲 戴[redacted]	44	健康	[redacted]

1、抚养 18 岁以下儿童 3 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴）50000 元
3、固定资产：0 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）

本人龙女士[redacted]于2026年8月在广东医科大学附属医院确诊急性淋巴细胞白血病。我丈夫是建材运输司机，是家里唯一的经济来源，收入低且不稳定，我们辞停工全程陪护治疗，失去了稳定收入。家中大女儿正读高中，小女儿读初中，正是花钱的时候，79岁老人需赡养，经济负担大，特申请基金救助。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：[redacted]　2026 年 9 月 30 日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：急性淋巴细胞白血病，全程治疗费用预估30万元

医师签名：[redacted]　2026 年 10 月 14 日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥27000 元（大写：贰万伍仟零佰零拾零元零角零分）

负责人签名：[redacted]　2026 年 10 月 19 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：龙[redacted]　性别：男　年龄：12岁

病种：急性淋巴细胞白血病　治疗医院：广东医科大学附属医院

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），将作为龙[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：龚[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：18924052714

日　期：2026年11月18日

广东医科大学附属医院

疾 病 诊 断 证 明 书

编号：[redacted]

姓名	龙	性别	男	年龄	12岁	职业	学生
证件号码	[redacted]			住址/单位	-		
入院日期	2026-08-11	住院号	[redacted]	科室	（海东）儿童血液肿瘤专科病房		
临床诊断	急性淋巴细胞白血病						
处理意见	患儿于2026-08-11至今在我院治疗。						
医师	[redacted]			签发日期	2026年08月26日10时40分		

广东医科大学附属医院 (79) 诊断证明专用章 4408030012259

吴川市博铺街道沿江社区居民委员会

家庭经济困难证明

兹有我社 [redacted] 居民 [redacted]（男）
身份证号：[redacted] 系 [redacted]（男）身份
证号：[redacted] 父亲，该家庭困境子
确诊急性B淋巴细胞白血病（B-ALL）长期住
院进行化疗治疗，医疗开支巨大，家庭收入有限，大
额医疗支出造成家庭经济负担沉重，家庭生活确
实困难。

以上情况属实，特此证明。

证明人：[redacted]

联系电话 [redacted]

博铺街道沿江社区居委会

2026年9月5日

