

護理物資及服務資助先導計劃申請表

注意： 遞交申請表時必須夾附最近期由專業醫護人員、營養師或言語治療師簽發的處方或相關證明文件副本，闡明申請人因患有罕見病而需要有關護理物資或服務。文件不齊的申請恕不受理。

(A) 申請人資料(申請人必須是香港罕見疾病聯盟基本會員)

申請人姓名： _____ ☐ 先生 / ☐ 女士 / ☐ 小姐

香港身份證號碼(英文字母及前三位數字)： _____

聯絡電話： _____ 電郵： _____

所患罕病名稱： _____

(B) 申請資助的物資或服務(只可勾選 [✓] 其中一項)

☐	含銀或非粘性敷料(適用於表皮溶解水皰症患者)
☐	PKU配方奶粉及補充劑(適用於苯酮尿症患者)
☐	社福機構軟餐(適用於有咀嚼和吞嚥困難的神經肌肉萎縮疾病患者)

(C) 申請人聲明

本人(申請人姓名) _____ 謹此聲明：

1. 本人現時未有獲得綜合社會保障援助計劃、其他基金或機構提供上列B項勾選的項目資助。
2. 連同本表格一併遞交的證明文件為原件的副本。
3. 本人已閱讀《申請須知》(Ref no.:2026.07), 並明白及同意其所有內容。
4. 本人確定在本表格填寫之內容均屬正確無訛, 並無遺漏。本人明白故意作出虛假陳述、虛報或隱瞞任何資料, 以圖取得資助, 將會被取消資格, 並須全數退回已發放的資助。

*簽署： _____ 簽署日期： _____

☐ 簽署者為申請人本人。 ☐ 簽署者為申請人父母(姓名) _____

☐ 簽署者為申請人監護人(姓名) _____

* 18歲以下申請人須由家長或監護人簽署。

辦事處專用：	申請編號： _____	收表日期： _____
	批核結果： ☐ 批准 ☐ 不批准	(備註： _____)
	批核日期： _____	經辦人姓名： _____