

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）

| | |
|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 含銀或非粘性敷料（適用於表皮溶解水皰症患者） |
| <input type="checkbox"/> | PKU 配方奶粉及補充劑（適用於苯酮尿症患者） |
| <input type="checkbox"/> | 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：

- 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。
- 連同本表格一併遞交的證明文件為原件的副本。
- 本人已閱讀《申請須知》(Ref no.:2023.05)，並明白及同意其所有內容。
- 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： _____