

# 「護齒同行」

## 陪診/交通資助申請書

一份申請書只適用於一位病人

致 盈愛無障牙科中心:

\* 本院舍 \_\_\_\_\_ (機構名稱)

\* 本人 \_\_\_\_\_ (姓名) 香港身份證號碼: \_\_\_\_\_

欲為病人 \_\_\_\_\_ (姓名) 病人編號: \_\_\_\_\_ 申請以下護齒同行服務資助

\* 陪診

\* 交通

現提交正式收據共 \_\_\_\_\_ 張, 合共港幣 \$ \_\_\_\_\_。

\*請於適用  內加上  號

備註: (資助方式: 實報實銷) (整個服務期間: 由 2024 年 7 月 16 日至 2027 年 3 月 31 日止)

- 陪診資助: 整個服務期間, 病人可接受陪診資助, 累計上限為港幣\$5,800。
- 交通資助: 整個服務期間, 病人可接受交通資助, 累計上限為港幣\$5,000。
- 正式收據上須列明病人姓名、到診日期及收費資料。交通單據必須連同副本一併呈交。
- 符合以上要求的資助款額, 會於衛生署發放該款項後, 以支票郵寄方式發送。

劃線支票抬頭: \_\_\_\_\_

郵寄地址: \_\_\_\_\_

收件人: \_\_\_\_\_

申請人姓名: \_\_\_\_\_

簽署 / 院舍蓋印: \_\_\_\_\_

聯絡電話: \_\_\_\_\_

申請日期: \_\_\_\_\_

### 本欄由「盈愛無障牙科中心」職員填寫

已核對下列資料:

DCMS 紀錄, 病人於當日到診

交回交通資正式收據或認證副本 (不接受副本)

交通資收據上如有時間, 跟 DCMS 紀錄相若

正式收據上有病人姓名及編號, 寫上病人衛生署參考編號

核對資料正確後, 請將正式收據連同此申請書儲存於病人排板內

職員簽署:

職員姓名:

日期:

已發送資助款額共 \$

支票號碼: