CHILDREN'S KIDNEY FUND
兒 童 腎 病 基 金

九龍旺角彌敦道 677 號旺角恆生銀行大廈 803 室
Room 803, Hang Seng Bank Mongkok Building, 677 Nathan Road, Mongkok, Kowloon
Tel ：2369 4928
Website: http://www.childrenkidneyfund.org.hk

『腎臟移植後藥物資助計劃』
Post-Kidney Transplantation Drug Subsidy - Mycophenolate Mofetil (MMF)

申請表格
Application Form

請將填妥表格及主診醫生推薦信一併電郵至 info@childrenkidneyfund.org.hk 。正本請郵寄至以上地址。
Please email the completed form together with recommendation letter from the case doctor to info@childrenkidneyfund.org.hk. For hard copy applications, please send the documents to the captioned address by post.

1： 申請人（病童）資料
Information on Applicant (Patient)

姓名：（中） Name Chinese _____ 性別： Sex _____
（英） English _____ 出生日期： Date of Birth _____
出生証明書／身份証號碼*（請刪去不適用者）：
Birth Certificate / Identity Card No.* (Delete as Inappropriate) _____
居住地址：
Residential Address _____
_____ 電話： Tel. No. _____

2： 申請人父母／監護人資料
Information on Parent / Guardian

姓名：（中） Name Chinese _____ 性別： Sex _____
（英） English _____
身份証號碼： Identity Card No. _____ 與申請人關係： Relationship with Applicant _____
聯絡地址：
Contact Address _____
聯絡電話：（日） Tel. No. Daytime _____ （夜） Evening _____

3： 轉介醫生聲明
Declaration of Referring Doctor

申請人所患疾病：
Sickness of Applicant _____

申請人接受腎臟移植的日期：
Date of Kidney Transplantation _____

現時 MMF 是否由醫院管理局資助：
Whether Hospital Authority is subsidizing on the MMF

☐ 是 Yes ☐ 不是 No (請以✓顯示 Please✓)

轉介醫生姓名：
Name of Referring Doctor

（中）
Chinese _____

（英）
English _____

簽署
Signature _____

轉介日期：
Date of Referral _____

所屬醫院：
Name of Hospital _____

聯絡地址：
Address _____

_____ 電話：
Tel. No. _____

4： 醫務社工審核
Assessment of Medical Social Worker

申請人家庭每月總收入（港幣）：
Total Family Income (HK$) _____

家庭總收入與政府所訂「家庭住户每月入息中位數」比例： % of Total Family Income at MMHDI

☐ 100%或以下
100% or below

☐ 100-130%之間
Between 100-130%

醫務社工姓名
Name of MSW

（中）
Chinese _____

（英）
English _____

簽署：
Signature _____

認可日期：
Date of Endorsement _____

所屬醫院：
Name of Hospital _____

聯絡地址：
Address _____

電話：
Tel. No. _____

5 付款辦法

☐ 申請人先向醫院繳付費用，再提交醫院藥費收據正本，領取基金資助
Reimbursement on production of official receipts from the hospital

☐ 由基金向醫院直接繳付有關費用
The Fund to settle the cost directly with the hospital

6： 申請人聲明
Applicant's Declaration

茲証實上述資料無誤。
I declare that the above information is rightful and correct.
申請人（年齡十二歲以上者）簽署：
Signature of Applicant (For age 12 or above) _____

父母／監護人簽署：
Signature of Parent / Guardian _____
收款人（基金發放支票抬頭人）姓名：
Name of Cheque Recipient _____
簽名式樣：
Specimen Signature _____
申請日期：
Date of Application _____

以下由基金會工作人員填寫 (For Office Use Only)：

收件日期： Received Date	_____	收件人簽署： Signature of Receiving Officer	_____
核准人簽署： Approved by :	_____	日期： Date	_____
	_____	日期： Date	_____
	_____	日期： Date	_____
檔案編號： Reference No.	_____	開始資助日期： Subsidy Starting	_____
		結束資助日期： Subsidy Termination	_____
備註： Remarks	_____		
	_____		

附註：
NOTES

1. 『腎臟移植後藥物資助計劃』津貼，如病者家庭每月總收入於「家庭住户每月入息中位數」百分之一百或以下，資助金額為購買藥物費用的百份之八十五。如家庭每月總收入介乎「家庭住户每月入息中位數」百分之一百至一百三十之間，資助金額為購買藥物費用的百份之五十。
For patients with total family income 100% of the Median Monthly Domestic Household Income (MMDHI) or below, subsidy level of the Post-Kidney Transplantation Drug Subsidy is 85% of the drug cost. For those with total family income between 100-130% of MMDHI, the subsidy level is 50% of the drug cost.

2. 申請人年齡必須在 **19** 歲或以下，由主診醫生推薦，並經醫務社工審核家庭收入。
Age of the applicant must be aged 19 or below, with recommendation from referring doctor and assessment on family income by medical social worker.