



CHILDREN'S KIDNEY FUND LIMITED
兒童腎病基金有限公司

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>

「洗血治療交通費用津貼」
Travelling Allowance for Haemodialysis Treatment

申請表格
Application Form

申請項目：
Application Item(s)

「的士費用」津貼
Taxi Fare

「公共交通費用」津貼
Public Transport Fee

一. 申請人（病童）資料
Information on Applicant (Patient)

姓名：（中）：
Name Chinese _____
（英）
English _____

性別：
Sex _____
出生日期：
Date of Birth _____

出生證明書 / 身份證號碼* (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. _____

二. 申請人父母／監護人資料
Information on Parent / Guardian

姓名：（中）：
Name Chinese _____
（英）
English _____

性別：
Sex _____
身份證號碼：
Identity Card No. _____

與申請人關係：
Relationship with Applicant _____

聯絡地址：
Contact Address _____

聯絡電話：(日) _____ (夜)：
Tel. No. Daytime _____ Evening _____

三. 轉介醫生聲明

Declaration of Referring Doctor

申請人所患疾病：

Sickness of Applicant _____

茲證明上述申請人將於_____年_____月起接受「洗血治療」，本人推薦給予交通費用津貼，資助其往返醫院接受治療。

This is to certify that the Applicant will start the haemodialysis treatment from _____ (mo./yr.). I would like to recommend him/her for travelling allowance to travel between home and the hospital for treatment.

轉介醫生姓名：(中)

Name of Referring Doctor 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. _____

四：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\$) _____

醫務社工姓名：(中)

Name of MSW 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. _____

四：申請人聲明

Applicant's Declaration

茲證實上述資料無誤。

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

申請日期：

Date of Application

簽名式樣：

Specimen Signature

以下由基金會工作人員填寫 (For Office Use Only) :

收件日期：

Received Date

核准人簽

署：

Approved by

檔案編號：

Reference No.

備註：

Remarks

收件人簽署：

Signature of Receiving Officer

日期：

Date

日期：

Date

日期：

Date

開始資助日期：

Subsidy Starting

結束資助日期：

Subsidy Termination

附註：

NOTES

1. 「洗血治療交通費用」津貼，乘坐的士津貼上限每次單程為港幣八十元，雙程一百六十元。乘坐公共交通工具，包括巴士、港鐵及小巴往返醫院的兒童，可由一位家長陪同；病童及陪同成年人，兩人每次雙程來回上限為港幣六十元。

The maximum allowance for taxi fare travelling between home and hospital for haemodialysis treatment is HK\$80 per single journey and HK\$160 per round trip. That for travelling by public transport which includes bus, MTR and minibus is HK\$60 per round trip per session for 2 persons, i.e. an adult plus the child patient.

2. 每年申報次數最多為一百五十節。

The maximum allowance is 150 sessions of treatment per calendar year.

3. 申請人年齡必須在 21 歲或以下，由醫院醫生推薦，並經醫務社工審核家庭收入。

An applicant must be aged 21 or below, with recommendation from hospital doctor and assessment on family income by medical social worker.

4. 申請人家庭總收入上限，不能超於本港公立醫院及診所減免費用機制所採用的最新「家庭住戶每月入息中位數」。

Family income should be below the most updated Median Monthly Domestic Household Income by Household Size used by the Hospital Authority for fee reduction/waiving.