



香港肌健協會

Hong Kong Neuro-Muscular Disease Association

一個神經-肌肉疾病患者及家屬的互助組織

飛不起，讓我走下去



## 「肌萎兒童基金」

### 申請表格

版本:14/5/2022

<b>1. 申請人資料 (如申請人為患者本人，此欄不必填寫)</b>		
中文姓名：	先生 <input type="checkbox"/>	小姐 <input type="checkbox"/>
	太太 <input type="checkbox"/>	女士 <input type="checkbox"/>
英文姓名：	與患者關係：	
出生日期(日/月/年)：	年齡：	身份証號碼： ( )
電話：	手機：	傳真：
電郵地址：		
通訊地址：		
<b>2. 患者資料</b>		
中文姓名：	先生 <input type="checkbox"/>	小姐 <input type="checkbox"/>
	太太 <input type="checkbox"/>	女士 <input type="checkbox"/>
英文姓名：	與患者關係：	
出生日期(日/月/年)：	年齡：	身份証號碼： ( )
電話：	手機：	傳真：
電郵地址：		
通訊地址：		
所患疾病名稱：		確診年份：
英文名稱：		
主診醫生姓名：	所屬醫院：	



簡述傷殘程度：

---

---

---

現居於：家  醫院  其他 ：\_\_\_\_\_ (請註明)

**3. 家庭就業狀況 (由現在至過去十二個月，同住一屋者，包括兼職)**

	姓名	年齡	與患者 關係	公司名稱	職位/工作性質	每月收入	全年收入
1							
2							
3							
4							
5							
6							
						總數 (A)	

**4. 其他收入 (如綜合社會保障援助、傷殘津貼、退休金、租金、股息及親友援助等)**

性質	每月收入	全年收入
	總數 (B)	

全年總收入(C) = (A) + (B)

5. 申請人每月用在醫療 / 護理的經常支出 (如喉管、紗布、照顧員薪金等)			
內容		平均每月支出	全年支出
1			
2			
3			
4			
<b>總數(D)</b>			

<b>全年可動用收入(E) = (C) - (D)</b>
-------------------------------

<b>6. 其他支持申請計劃的原因 (非經濟因素)</b>	
原因:	

7. 申請資助項目 (請於合適的方格內加上☑，申請資助總金額不可多於\$10,000)			
項目		內容	金額
甲部	<input type="checkbox"/> 1. 學習設備		
	<input type="checkbox"/> 2. 本地或海外交流活動		
	<input type="checkbox"/> 3. 上學及活動交通		
	<input type="checkbox"/> 4. 導師費用		
乙部	<input type="checkbox"/> 需由申請者自行擬定項目計劃書(申請表第 5 至 7 頁)，詳細交代申請之原因、執行方式、時段及預期成效等資料。		
<b>總數：</b>			
<b>減：其他資助 (請註明)</b>			
<b>申請資助總金額：</b>			

8. 申請其他基金紀錄(如適用者)				
	基金名稱	資助內容	資助金額	批出日期
1				
2				
3				

本人謹此聲明上述資料正確無誤，並提供有關資料予香港肌健協會有限公司作查證及審核之用。

\_\_\_\_\_  
申請人簽署

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
職員簽署

\_\_\_\_\_  
日期

備註：

1. 審批委員可按個別申請人的特殊情況酌情處理申請項目。
2. 所收集資料只作本基金審批用途，絕對保密。
3. 申請人有責任提供與申請項目相關之證明文件。
4. 本會對申請人所購之器材、用品或服務造成的損失及傷害概不負責。
5. 書面報告可用相關照片輔助表達。
6. 成功申請者有機會被邀請參與個案研究。

# 「肌萎兒童基金」

## 乙部項目 - 計劃書

接案日期： \_\_\_\_\_  
檔案編號： \_\_\_\_\_

申請人姓名： \_\_\_\_\_ 患者姓名： \_\_\_\_\_

### 1. 申請內容及金額

---

---

---

---

---

---

---

### 2. 申請原因 及理據

---

---

---

---

---

---

---

### 3. 執行時段 (需於申請結果通知日後一年內完結)

---

---

---

---

---

---

---



## 7. 項目相關支出

	項目	金額	備註
1			
2			
3			
4			
5			
6			
總支出：			
申請資助金額：			

申請人姓名：		推薦人姓名(如有)：	
申請人簽署：		推薦人所屬機構：	
		推薦人職位：	
日期：		推薦人聯絡電話：	

備註：

1. 審批委員有機會向推薦人查詢，以核實上述資料之真確性。
2. 如計劃內容資料出現不完整或不合理情況，將影響批核結果。
3. 所收集資料只作本基金審批用途，絕對保密。
4. 申請人有責任提供與申請項目相關之證明文件。
5. 本會對申請人所購之器材、用品或服務造成的損失及傷害概不負責。

# 「肌萎兒童基金」

## 申請文件備忘

在遞交申請前，請確保已準備好下列文件：

文件	是	否
1. 申請表及或計劃書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 申請人的身份證明文件	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 醫生證明書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 專業人員推薦信	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 申請項目報價單	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 患者醫療或護理開支證明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 入息證明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 申請人及同住家人銀行戶口紀錄(最近 6 個月)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>