

關愛基金「長者牙科服務資助」項目（下稱「本項目」）
申領行政費／轉介費表格(2024 年 7 月版本)

(適用於長者生活津貼受惠人)

注意：

1. 請用黑色或藍色原子筆以正楷填寫本申領行政費／轉介費表格。除特別註明的項目外，所有資料必須以中文填寫。
2. 請在適當的方格「☐」內填上「✓」號。
3. 表格內第三部分曾塗改的位置旁邊須加上非政府機構服務單位（「服務單位」）負責職員的簽署。
4. 當服務單位在預約牙科診期電腦系統輸入已為申請人預約的首次應診日期後，可把有關表格的正本，包括：(i)初步甄別表格、(ii)申請表格及 (iii)本申領行政費／轉介費表格，一併郵寄／送交香港牙醫學會關愛基金長者牙科服務資助項目辦公室(項目辦公室)(地址：香港西營盤醫院道 34 號菲臘牙科醫院 LG1)，以便項目辦公室在接受牙科服務人士完成整項牙科診療後安排發放有關的行政費／轉介費。在郵寄前，服務單位必須保留所有表格的副本作記錄。

第一部分 接受牙科服務人士的個人資料

中文姓名：

第二部分 接受牙科服務人士的應診安排

牙科診所名稱： ☐ 同區 ☐ 跨區 (請註明: _____ 區)

牙醫姓名： _____ 聯絡電話： _____

已預約的首次應診日期：

已預約的應診時間：

第三部分 服務單位申請的行政費 / 轉介費

本服務單位已甄別及為第一部分所載人士預約首次應診，本服務單位就此個案申請的收費如下：

本服務單位就此個案申請的收費

☐ 行政費 (\$50)

☐ 轉介費 (\$50)

服務單位
負責職員姓名： _____

服務單位負責職員簽署
及機構印章▲： _____

▲機構印章應與遞交的初步甄別表格上的印章一致。

服務單位名稱： _____

所屬的非政府機構
名稱： _____

聯絡電話號碼： _____

電郵地址： _____

傳真號碼： _____

日期： _____

第四部分 服務單位的行政費 / 轉介費(本部分由項目辦公室填寫)

本項目辦公室現確定第一部分所載人士已完成首次應診。

本申領行政費／轉介費表格的資料已核對無誤，本項目辦公室將安排向負責的服務單位發放下列的行政費／轉介費：

☐ **\$100** (包括\$50 為行政費及\$50 為轉介費)

☐ **\$50** (行政費／轉介費)

☐ \$ _____ (請註明： _____)

項目辦公室
負責人簽署： _____

項目辦公室
印章： _____

項目辦公室
負責人姓名： _____

日期： _____