

中醫藥發展基金 – 企業支援計劃

「改善中醫診所設施資助計劃 (A1-4)」發還款項申請表格

請填寫本申請表格並連同有關文件郵寄或電郵至：

香港九龍塘達之路 78 號生產力大樓
中醫藥發展基金執行機構

電話：2788 5632

傳真：3187 4581

電郵：enquiry@cmdevfund.hk

網站：www.CMDevFund.hk

基金執行機構專用

收取日期：_____

申請編號：_____

項目執行時間：_____

中醫藥發展基金 – 企業支援計劃

改善中醫診所設施資助計劃(A1-4)

發還款項申請表格

修訂版—適用於 2021 年 3 月 22 日後遞交之申請

(填寫表格前請先參閱「中醫藥發展基金 – 企業支援計劃：『改善中醫診所設施資助計劃』申請資助指引」)

| | |
|---------|--|
| 中醫診所名稱： | |
| 申請編號： | |

中醫藥發展基金 – 企業支援計劃

「改善中醫診所設施資助計劃 (A1-4)」發還款項申請表格

第 I 部份：基本資料

(請參考資助申請確認通知書及資助協議)

| | |
|---------------------------------|---|
| 1. 獲資助中醫診所名稱 | |
| 2. 最高獲批核資助金額 (港幣) | |
| 3. 項目開始及完成日期 (日/月/年 - 日/月/年) | |
| 4. 申報涵蓋期間曾變更項目資料 | <input type="checkbox"/> 是，曾經變更項目資料 (請提供詳細資料及文件) <input type="checkbox"/> 否，沒有變更項目資料 |

第 II 部份：項目詳情

1. 申請項目內容：

1.1 優先考慮資助項目 (只適用於申請電腦硬件並已安裝由政府提供的「中醫醫療資訊系統連接部件」／「醫承通」)

| 申請項目編號 | 診所設施項目的名稱 | 收據日期及編號 | 服務支出(港幣) |
|--|-----------|--|----------|
| | 電腦硬件 | 日期： 編號： | |
| 是否採購申請表內的相同型號的診所設施？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明原因： | | 已選擇 收到的報價數目 ¹ ： 供應商名稱 價錢(港幣) | |
| | | <input type="checkbox"/> 1. | |
| | | <input type="checkbox"/> 2. | |
| | | <input type="checkbox"/> 3. | |

¹ 服務支出總值不超過 5 萬港元時，申請者應邀請至少兩個供應商／服務提供者；總值超過 5 萬港元但不多於 20 萬港元時，申請者應邀請至少三個供應商／服務提供者；總價超過 20 萬港元但不多於 140 萬港元，機構須書面邀請至少五名供應商或承辦商或服務提供者。

中醫藥發展基金 – 企業支援計劃

「改善中醫診所設施資助計劃 (A1-4)」發還款項申請表格

1.2 符合「項目能提升中醫診所配發中藥材的質量」之資助原則的中藥貯存相關設備資助項目
(最高可獲實際費用的 80% 資助)

| 申請項目編號 | 診所設施項目的名稱 | 收據日期及編號 | 服務支出(港幣) | |
|---|-----------|--------------------------|------------------------|--------|
| | | 日期: 編號: | | |
| 是否採購申請表內的相同型號的診所設施? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 請說明原因: | | 已選擇 | 收到的報價數目 ¹ : | |
| | | | 供應商名稱 | 價錢(港幣) |
| | | <input type="checkbox"/> | 1. | |
| | | <input type="checkbox"/> | 2. | |
| | | <input type="checkbox"/> | 3. | |

1.3 其他資助項目內容 (如多於 6 個項目, 可另行附加附件填寫)

設施項目 1

| 申請項目編號 | 診所設施項目的名稱 | 收據日期及編號 | 服務支出(港幣) | |
|---|-----------|--------------------------|------------------------|--------|
| | | 日期: 編號: | | |
| 是否採購申請表內的相同型號的診所設施? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 請說明原因: | | 已選擇 | 收到的報價數目 ¹ : | |
| | | | 供應商名稱 | 價錢(港幣) |
| | | <input type="checkbox"/> | 1. | |
| | | <input type="checkbox"/> | 2. | |
| | | <input type="checkbox"/> | 3. | |

¹ 服務支出總值不超過 5 萬港元時, 申請者應邀請至少兩個供應商/服務提供者; 總值超過 5 萬港元但不多於 20 萬港元時, 申請者應邀請至少三個供應商/服務提供者; 總價超過 20 萬港元但不多於 140 萬港元, 機構須書面邀請至少五名供應商或承辦商或服務提供者。

設施項目 2

| 申請項目編號 | 診所設施項目的名稱 | 收據日期及編號 | 服務支出(港幣) |
|---|-----------|--|----------|
| | | 日期: 編號: | |
| 是否採購申請表內的相同型號的診所設施? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 請說明原因: | | 已選擇 收到的報價數目 ¹ : 供應商名稱 價錢(港幣) | |
| | | <input type="checkbox"/> 1. | |
| | | <input type="checkbox"/> 2. | |
| | | <input type="checkbox"/> 3. | |

設施項目 3

| 申請項目編號 | 診所設施項目的名稱 | 收據日期及編號 | 服務支出(港幣) |
|---|-----------|--|----------|
| | | 日期: 編號: | |
| 是否採購申請表內的相同型號的診所設施? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 請說明原因: | | 已選擇 收到的報價數目 ¹ : 供應商名稱 價錢(港幣) | |
| | | <input type="checkbox"/> 1. | |
| | | <input type="checkbox"/> 2. | |
| | | <input type="checkbox"/> 3. | |

¹ 服務支出總值不超過 5 萬港元時, 申請者應邀請至少兩個供應商/服務提供者; 總值超過 5 萬港元但不多於 20 萬港元時, 申請者應邀請至少三個供應商/服務提供者; 總價超過 20 萬港元但不多於 140 萬港元, 機構須書面邀請至少五名供應商或承辦商或服務提供者。

設施項目 4

| 申請項目 編號 | 診所設施項目的名稱 | 收據日期及編號 | 服務支出 (港幣) | |
|---|-----------|--------------------------|------------------------|--------|
| | | 日期: 編號: | | |
| 是否採購申請表內的相同型號的診所設施? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 請說明原因: | | 已選擇 | 收到的報價數目 ¹ : | |
| | | | 供應商名稱 | 價錢(港幣) |
| | | <input type="checkbox"/> | 1. | |
| | | <input type="checkbox"/> | 2. | |
| | | <input type="checkbox"/> | 3. | |

設施項目 5

| 申請項目 編號 | 診所設施項目的名稱 | 收據日期及編號 | 服務支出 (港幣) | |
|---|-----------|--------------------------|------------------------|--------|
| | | 日期: 編號: | | |
| 是否採購申請表內的相同型號的診所設施? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 請說明原因: | | 已選擇 | 收到的報價數目 ¹ : | |
| | | | 供應商名稱 | 價錢(港幣) |
| | | <input type="checkbox"/> | 1. | |
| | | <input type="checkbox"/> | 2. | |
| | | <input type="checkbox"/> | 3. | |

¹ 服務支出總值不超過 5 萬港元時, 申請者應邀請至少兩個供應商/服務提供者; 總值超過 5 萬港元但不多於 20 萬港元時, 申請者應邀請至少三個供應商/服務提供者; 總價超過 20 萬港元但不多於 140 萬港元, 機構須書面邀請至少五名供應商或承辦商或服務提供者。

中醫藥發展基金 – 企業支援計劃

「改善中醫診所設施資助計劃 (A1-4)」發還款項申請表格

設施項目 6

| 申請項目 編號 | 診所設施項目的名稱 | 收據日期及編號 | 服務支出 (港幣) | |
|--|-----------|--------------------------|------------------------|--------|
| | | 日期： 編號： | | |
| 是否採購申請表內的相同型號的診所設施？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明原因： | | 已選擇 | 收到的報價數目 ¹ ： | |
| | | | 供應商名稱 | 價錢(港幣) |
| | | <input type="checkbox"/> | 1. | |
| | | <input type="checkbox"/> | 2. | |
| <input type="checkbox"/> | 3. | | | |

¹ 服務支出總值不超過 5 萬港元時，申請者應邀請至少兩個供應商／服務提供者；總值超過 5 萬港元但不多於 20 萬港元時，申請者應邀請至少三個供應商／服務提供者；總價超過 20 萬港元但不多於 140 萬港元，機構須書面邀請至少五名供應商或承辦商或服務提供者。

中醫藥發展基金 – 企業支援計劃

「改善中醫診所設施資助計劃 (A1-4)」發還款項申請表格

2. 申請發還總金額

請注意：閣下填寫的資助金額為實質採購的支出 x 80% 或 50% (視乎項目類別)，但若實質的支出超出了早前執行機構通知閣下欲申請項目的最高資助金額 (可另見協議書)，則最終發還金額須按協議書所訂明的價目，或以價低者為準。

| 項目 | 總支出(港幣) | 資助金額 |
|--|---------|------|
| 優先考慮資助項目 (最高可獲實際費用的 50% 資助) | × 50% | = |
| 符合「項目能提升中醫診所配發中藥材的質量」 之資助原則的中藥貯存相關設備資助項目： (最高可獲實際費用的 80% 資助) | × 80% | = |
| 其他資助項目： (最高可獲實際費用的 50% 資助) | × 50% | = |
| 申請發還總金額(港幣) ² ： | | |
| 是否採購全部設備時已遵守申請指引內的採購程序？ | | |
| <input type="checkbox"/> 是 | | |
| <input type="checkbox"/> 否，請說明原因： | | |

² 每間合資格中醫診所最多可獲資助金額為\$25,000。若所購置的項目為「中藥貯存相關設備」及符合「項目能提升中醫診所配發中藥材的質量」之資助原則，有關項目最高可獲實際費用的 80% 資助，其他項目的資助額為實際費用的一半(50%)。

第 III 部份：銀行賬戶資料

(請填妥以下銀行賬戶資料以便執行機構發放資助款項予 貴機構)

| | |
|--|--|
| 1. 銀行賬戶名稱 (須與商業登記證名稱相同 ³) | |
| 2. 銀行名稱 | |
| 3. 銀行編號 | |
| 4. 分行編號 | |
| 5. 賬戶編號 | |
| 6. 電郵地址 (轉賬後將以電郵通知申請人) | |

第 IV 部份：證明文件參考清單

請在下面有關提交申請所需文件的方格內加上「X」

- 診所設施項目收據等證明文件副本
- 可清楚顯示在中醫診所內軟件或硬件改善已完成的照片
- 如申請機構同意安裝「中醫醫療資訊系統連接部件」，須提交特許協議
- 載有申請機構名稱、帳戶號碼及銀行名稱／銀行編號的銀行存摺首頁或月結單副本

³ 如申請人以個人銀行戶口作為中醫診所之銀行戶口，則須提交有效之相關證明文件。

第 V 部份：聲明

本人謹代表 _____ (機構名稱) 作出以下聲明：

1. 確認是次申請所提供的資料及相關資料在提交當天是真實而且正確，並沒有蓄意漏報及/或虛報誤導的地方。本機構了解是次申請中如有任何不正確/不完整的資料將會延遲本機構根據中醫藥發展基金 (本計劃) 下企業支援計劃的申請。如果是次申請所提供的資料有任何的變動，本機構將會立即通知基金的執行機構。
2. 確認獲資助企業確認未有為此企業支援項目申請，或沒有向香港特別行政區政府申請其他資助計劃下的任何資助購買在項目下的診所設施項目。
3. 確認已完成資助項目，並明白尚未完成的獲批項目將不會獲得資助。
4. 同意執行機構將獲准隨時在合理通知的情況下進行核查或/和驗證該軟件或硬件改善項目，以確認獲批項目已按照計劃執行。核查期由項目完成日起計一年，申請機構須保留獲資助的軟件或硬件改善項目(設備或儀器，以及附帶設備等)的完整紀錄(包括維修、損壞等情況之紀錄及有關證明)至核查期完結。
5. 同意在項目推行期間及項目完結後保留所有項目支出的所有相關文件最少七年，並應基金的執行機構要求提交所有相關文件予基金的執行機構以供核查。
6. 同意獲資助企業承諾在項目完成後繼續營運有關中醫診所並使用該獲資助的軟件或硬件至少一年。如核查期間發現申請機構未能履行協議書有關使用獲資助的軟件或硬件至少一年的承諾，基金諮詢委員會、基金執行機構或政府將保留追討已發放資助款項的權利。

授權人士簽署及機構印章 : _____

簽署人姓名 : _____

職位 : _____

申請機構名稱 : _____

簽署日期 : _____

中醫藥發展基金 – 企業支援計劃

「改善中醫診所設施資助計劃 (A1-4)」發還款項申請表格

附件 – 申請項目內容 (適用於 7 個其他項目或以上的發還款項申請)

| 申請項目編號 | 診所設施項目的名稱 | 收據日期及編號 | 服務支出(港幣) |
|---|-----------|--|----------|
| | | 日期: 編號: | |
| 是否採購申請表內的相同型號的診所設施? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 請說明原因: | | 已選擇 收到的報價數目 ¹ : 供應商名稱 價錢(港幣) | |
| | | <input type="checkbox"/> 1. | |
| | | <input type="checkbox"/> 2. | |
| | | <input type="checkbox"/> 3. | |

| 申請項目編號 | 診所設施項目的名稱 | 收據日期及編號 | 服務支出(港幣) |
|---|-----------|--|----------|
| | | 日期: 編號: | |
| 是否採購申請表內的相同型號的診所設施? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 請說明原因: | | 已選擇 收到的報價數目 ¹ : 供應商名稱 價錢(港幣) | |
| | | <input type="checkbox"/> 1. | |
| | | <input type="checkbox"/> 2. | |
| | | <input type="checkbox"/> 3. | |

¹ 服務支出總值不超過 5 萬港元時, 申請者應邀請至少兩個供應商/服務提供者; 總值超過 5 萬港元但不多於 20 萬港元時, 申請者應邀請至少三個供應商/服務提供者; 總價超過 20 萬港元但不多於 140 萬港元, 機構須書面邀請至少五名供應商或承辦商或服務提供者。