

疫苗資助計劃



疫苗資助計劃 – 簡介大綱

1. 計劃概要
2. 受資助資格及有關證明文件
3. 於非診所場地外展接種



計劃概要



疫苗資助計劃

資助額

- 流感疫苗每劑港幣\$240
(9歲以下，如之前從未接種過流感疫苗，
可獲最多2劑的資助)

請注意：

- 沒有限制醫生收費
- 雖然政府的資助額是劃一每劑\$240元，但
個別私家醫生收費可能有差異



何處接種流感疫苗？

- 參與資助計劃醫生診所
- 於非診所場地外展接種(例如:於閣下機構)



受資助資格及有關證明文件



受資助資格

- 香港居民 (年齡六個月或以上) ，並且為：
- 智障人士；
- 領取傷殘津貼人士；或
- 領取綜援標準金額類別為：
「殘疾程度達 100%」 / 「需要經常護理」人士



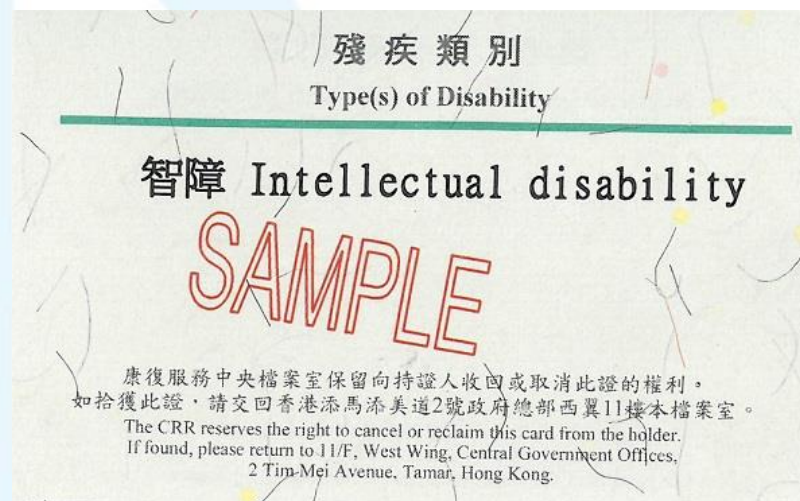
受資助資格 - 證明文件

- 智障人士
 - 「殘疾人士登記證」(註明智障或弱智)
 - 醫生證明書 (證明該人士智障或弱智並符合「疫苗資助計劃」的資助資格)
 - 指定的智障人士服務機構負責人簽發的證明書
- 領取傷殘津貼人士
 - 由社會福利署發出批准發放傷殘津貼通知 (只限於發放津貼期內)
- 領取綜援標準金額類別為「殘疾程度達 100%」/「需要經常護理」人士
 - 於2018年12月15日前簽發的有效「綜合社會保障援助受助人醫療費用豁免證明書 (需另行簽署聲明書)」，或
 - 「申請獲准通知書」/「調整援助通知書」內的新增附頁(需另行簽署聲明書)
 - 並在接種疫苗前，於參與計劃診所提供的聲明書上簽署



殘疾人士登記證

「殘疾人士登記證」(註明智障或弱智)



Vaccination Subsidy Scheme (VSS)
Medical Certificate for Persons with Intellectual Disability

This form is to be completed and kept by the attending registered medical practitioner to certify that the person named below is a Person with Intellectual Disability for the purpose of claiming vaccination subsidy under VSS 2021/22.

Name: _____ (English) _____ (Chinese)

Date of Birth: ____/____/____ (DD/MM/YYYY)

Identity Document No.: _____
(the first four digit)

Signature of attending doctor: _____

Name of attending doctor: _____

Clinic Chop:

Date: _____



指定的智障人士服務機構負責人簽發的證明書

單人

Vaccination Subsidy Scheme (VSS) Certificate for Persons with Intellectual Disability (Single Person)

This is to certify the person named below is a user of our institution, which is a designated institution serving non-institutionalised persons with intellectual disability (PID) as listed at the website of the Centre for Health Protection (http://www.chp.gov.hk/files/pdf/list_of_designated_pid_institutions_2021_22.pdf) for the purpose of claiming vaccination subsidy under VSS 2021/22.

Name: _____ (English) _____ (Chinese)

Date of Birth: ____/____/____ (DD/MM/YY)

Identity Document No.: _____
(the first four digit)

Signature:

(Name of the Person-in-charge of the designated PID institution)

(Name of the designated PID Institution)

Chop of the designated PID Institution

Date: _____

多人

Vaccination Subsidy Scheme (VSS) Certificate for Persons with Intellectual Disability (Multiple Persons)

This is to certify the persons listed below are users of our institution, which is a designated institution serving non-institutionalised persons with intellectual disability (PID) listed at the website of the Centre for Health Protection (http://www.chp.gov.hk/files/pdf/list_of_designated_pid_institutions_2021_22.pdf) for the purpose of claiming vaccination subsidy under VSS 2021/22.

Serial No.	Name (English)	Name (Chinese)	Date of Birth (DD/MM/YY)	Identity Document Number (First 4 digits only)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Signature:

(Name of the Person-in-charge of the designated PID institution)

(Name of the designated PID Institution)

Chop of the designated PID Institution

Date: _____



批准發放傷殘津貼通知

第 1 頁

本署檔號：CBY-S-140XXXX

電話：25624788

銅鑼灣社會保障辦事處
香港北角法華道 333 號
北角政府合署 10 樓
1001 室

XXX 女士

FLAT/RM X FLOOR XX, XXX MANSION
TAIKOO SHING
HONG KONG

XXX 女士

申請獲准通知書

現特此通知你，關於你申請普通傷殘津貼一事，已獲批准。本署將發放津貼 24 個月，由 2015 年 7 月 1 日開始計算，每月的款項將會存入銀行戶口 004-027-00XXXXX 號。期滿時再行覆查。(見附註)

你通常會在每月的 16/17 日收到津貼金，現將你每月可得金額列出如下，給你參考：

- 由 2015 年 7 月 1 日至 2017 年 6 月 30 日，每月應得的款項為 1,835 元，包括：

普通傷殘津貼	1,580.00 元
交通補助金	255.00 元
合計	1,835.00 元 (整數計 1,835 元)

如你對本通知書有任何疑問或查詢，請與本辦事處職員 XX 女士聯絡 (電話號碼：23541234)。如你對本署決定仍有不滿，可於本通知書發出日期起四星期內，透過本辦事處安排上訴，或直接向社會保障上訴委員會 (香港灣仔軒尼詩道 130 號修頓中心 24 字樓，電話號碼 2835 1946) 提出上訴。

凡離開本港/廣東(適用於廣東計劃)日數超過規限，被拘禁，死亡，將會影響高齡津貼 / 長者生活津貼 / 傷殘津貼 / 廣東計劃受惠人應得的津貼金額。如有任何上述情況，你必須從速通知本社會保障辦事處，以便及時調整受惠人應得的津貼金額。本署在有需要時，亦會覆查申請人的個案。

提示

申請人或其監護人 / 受委人所提供的資料必須真確及完整。申請人或其監護人 / 受委人須注意，任何人士以欺詐手段獲得財物 / 金錢利益 / 任何利益，或為使自己或另一人獲益，或意圖使另一人遭受損失，而不誠實地以欺騙手段促使在銀行的紀錄內記入款項，均屬違法行為。申請人或其監護人 / 受委人如明知或故意作虛假陳述或隱瞞任何資料以騙取津貼金，或已申報的資料如有所改變並可能導致津貼金額減少或申請人不符合資格領取公共福利金，而申請人或其監護人 / 受委人蓄意不向本署申報有關資料的變更，可能會引致被檢控。任何多領的津貼金均須退還本署。

慎防騙子，社會福利署或社會福利署的代理機構職員不會收受金錢或任何報酬。

第 2 頁

本署檔號：CBY-S-140XXXX

社會福利署
銅鑼灣社會保障辦事處主任
XXX

附註

- 此乃電腦列印文件無須授權簽署。
- 傷殘津貼受惠人在傷殘評估報告有效期滿時，須要再接受醫生檢查，以確定是否繼續符合領取傷殘津貼的資格。

2015 年 11 月 10 日

如果你有需要與個案職員會面，請先以電話預約。

載有以下內容：
「現特此通知你，關於你申請普通傷殘津貼一事，已獲批准，本署將發放津貼 24 個月，由 20xx 年 x 月 x 日開始計算」

醫療費用豁免證明書

SWD
社會福利署



SOCIAL WELFARE DEPARTMENT

CHAN TAI MAN 陳大文

PLATFORM 888 X, WONG TUNG HOUSE
TUNG TAU ESTATE
KOWLOON

綜合社會保障援助受助人醫療費用豁免證明書
Certificate of Comprehensive Social Security Assistance Recipients
(for Medical Waivers)

簽發日期: 01/06/2018 檔案編號: 此日期起生效: 2018年6月1日
Date of issue: 01/06/2018 Casefile Ref Valid from: 01/06/2018

受助人姓名 Name of Recipient	身份證明文件號碼 Identity Document No.	有效期至 Valid until
陳大文 CHAN TAI MAN	R111111(1)	31/12/2019
陳二文 CHAN YEE MAN	R222222(2)	31/12/2019
陳小文 CHAN SIU MAN	R333333(3)	31/12/2019
XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

茲證明以上綜合社會保障援助(簡稱)受助人在上述有效期間內可獲豁免立時或醫院(包括急症室)醫療費用
This is to certify that the above named Comprehensive Social Security Assistance (CSSA) recipients are entitled to the waiver of medical charges at a public clinic or hospital (including the Accident & Emergency Department) during the validity period.

- 如持有於2018年12月15日前簽發的有效「綜合社會保障援助受助人醫療費用豁免證明書」，接種人士或其監護人需要另行簽署聲明書，確認接種人士正領取綜援標準金額類別為：
 - 「殘疾程度達 100%」或
 - 「需要經常護理」
- 聲明書由醫生提供

「申請獲准通知書」 / 「調整援助通知書」內的新增附頁

檔案編號：XXX-C-XXXXXX

請注意：

有關綜援受助人豁免醫療費用安排

你／申請人／符合資格家庭成員在領取綜援期間前往公立診所或醫院（包括急症室）求診時可獲豁免醫療費用。

此日期起生效：XXXX年X月X日

符合資格的人士	申請綜援時使用的身份證明文件	有效日期至
陳大文	香港身份證	XX/XX/XXXX
陳小文	香港出生證明書	XX/XX/XXXX

當求診或辦理入院手續時請：

- (1) 向診所或醫院職員表示你／申請人／符合資格家庭成員是綜援受助人；及
- (2) 出示你／申請人／符合資格家庭成員申請綜援時使用的身份證明文件（例如香港身份證、豁免登記證明書等）。

如你／申請人／符合資格家庭成員日後已取消申請或不再符合資格領取綜援，有關豁免醫療費用的資格亦同時撤銷。

- 如持有「申請獲准通知書」 / 「調整援助通知書」內的新增附頁，接種人士或其監護人需要另行簽署聲明書，確認接種人士正領取綜援標準金額類別為：
 - 「殘疾程度達 100%」或
 - 「需要經常護理」
- 聲明書由醫生提供



於非診所場地外展接種



於非診所場地外展接種

1) 選擇到診註冊醫生

- 可選擇任何一位註冊西醫
- 如要使用政府資助，必須邀請已登記參與「疫苗資助計劃」，並會在診所以外場地提供疫苗接種的私家醫生
- 私家醫生的資料，
 - 可於衛生防護中心的網站查閱，或
 - 致電項目管理及疫苗計劃科查詢熱線 2125 2125。



提供非診所場地外展接種醫生名單

(https://www.chp.gov.hk/files/pdf/list_of_doctors_providing_vaccination_at_non_clinic_settings_tc.pdf)

有意在 2020/21 疫苗資助計劃下提供外展疫苗接種的醫生名單 (截至 2021 年 07 月 28 日)
 本表列載於 2020/21 疫苗資助計劃下有意提供外展服務的醫生，醫生可以在自行選擇的場所(例如社區中心、長者中心、學校等)提供服務。
 列表是根據服務提供者的姓氏按字母順序排列。
 職業數目：282 名
 醫生數目：206 名

服務提供者	診所名稱	診所地址	電話號碼	地區	合資格群組、疫苗種類及收費									
					孕婦	兒童	智障人士	領取傷殘津貼 / 綜援計劃或津金福利別為「殘疾程度達100%」或「需要經常護理」的人士		50至64歲人士		65歲或以上長者		
								四價流感疫苗	三價流感疫苗	四價流感疫苗	四價流感疫苗	四價流感疫苗	四價流感疫苗	二十三價肺炎球菌多糖疫苗
歐池碧醫生	Stark Medical Centre	九龍尖沙咀加道威利道2-6號壹壹壹大廈703-704室	27123606	油尖旺	不適用	不適用	不適用	不適用	不適用	不適用	不適用	不適用	不適用	不適用
區力行醫生	冠怡醫院	新界荃灣綠楊邨平台P10B號舖	26183805	荃灣	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$300
羅敏川醫生	普林醫藥集團有限公司	九龍新蒲崗大有街34號新和成商場27樓2720室	23331891	黃大仙	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0
陳卓治醫生	樂善堂張廣興紀念醫務中心	九龍九龍城聯合道48號地下	23831470	九龍城	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	不適用	不適用	
陳自強醫生	陳自強醫生	九龍油麻地彌敦道363號廣成大廈1504室	23323933	油尖旺	不適用	不適用	不適用	不適用	不適用	HK\$0	HK\$0	不適用	不適用	
陳志賢醫生	康區診所 香港	新界馬鞍山富安花園商場地下19C	26416366/26416386	沙田	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$40	HK\$80	
陳佔博醫生	達豐醫務會所	九龍尖沙咀彌敦道3號海濱中心1301室	37255500	油尖旺	HK\$410	HK\$410	HK\$410	HK\$410	HK\$410	HK\$410	HK\$410	HK\$80	HK\$740	
陳佔博醫生	香港中心母乳顧問及疫苗中心	九龍尖沙咀彌敦道3號海濱中心1439室	35894758	油尖旺	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$270	
陳凱基醫生	陳凱基醫生	香港葵涌工業街13號地下B舖	23202330	葵區	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	不適用	不適用	
陳家傑醫生	德仁醫務集團有限公司	九龍屯門康翠道335號16-17樓	26688132	油尖旺	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0
陳家傑醫生	達軒(家醫科)有限公司	九龍旺角彌敦道101號金都17樓全層	21127250	油尖旺	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0
陳景雲醫生	冠怡醫院	新界荃灣綠楊邨平台P10B號舖	26183805	荃灣	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$300	
陳景雲醫生	冠怡醫務中心	九龍鑽石山龍蟠街3號海濱商場1樓116B號舖	26183302	黃大仙	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$300	
陳潔雲醫生	陳潔雲醫生	香港銅鑼灣渣甸街5-19號富華中心6樓601室	25690892	灣仔	不適用	HK\$100	HK\$100	HK\$100	HK\$100	HK\$100	HK\$100	HK\$200	HK\$400	
陳詠儀醫生	達豐醫務中心	香港中環荷李活道中33號10樓	25231808	中西區	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$80	HK\$300	
陳秀金醫生	新都醫務中心(荃灣)	新界荃灣綠楊邨46-58號新大廈地下C2號舖	24113230	荃灣	不適用	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$100	
陳秀金醫生	新都醫務中心	新界屯門屯門街新都商場二樓214-215室	24583213/24481897	屯門	不適用	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$100	
陳偉仁醫生	陳偉仁醫生醫務診所	香港銅鑼灣軒尼詩道555號東角中心17樓1711室	26669299	灣仔	HK\$120	HK\$120	HK\$120	HK\$120	HK\$120	HK\$120	HK\$120	不適用	HK\$460	
陳瑩醫生	A.D.E.C. Medical Alliance	新界葵涌葵興街333號樓下71號舖	24268383	葵青	HK\$140	HK\$140	HK\$140	HK\$140	HK\$140	HK\$140	HK\$140	HK\$180	HK\$220	
陳光健醫生	東葵三院綜合診所及醫務中心	九龍油麻地彌敦道21號廣善醫院葵三院綜合診所大樓5樓	54401669	油尖旺	不適用	HK\$0	不適用	不適用	不適用	不適用	不適用	不適用	不適用	
陳子達醫生	陳子達	新界天水圍深灣山莊新巴士站商場1樓C2C & C3A號舖	26170508	元朗	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	HK\$0	不適用	不適用	

資料每週更新 收費只供參考

已登記醫療服務提供者名單 – 搜尋非診所場地醫生執業

(<https://apps.hcv.gov.hk/Public/tc/SPS/Search>)

已登記醫療服務提供者名單

[常見問題](#)

請輸入任何**關鍵字**及/或選擇**最少一個**選項搜尋已登記醫療服務提供者。

關鍵字

	<input type="text" value="服務提供者姓名"/>
	<input type="text" value="執業地點名稱"/>
	<input type="text" value="執業地址"/>

選項

 醫護專業類別	 計劃	 地區
<input type="radio"/> 西醫	<input type="radio"/> 物理治療師	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 註冊中藥	<input type="radio"/> 職業治療師	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 牙醫	<input type="radio"/> 放射技師	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 脊醫	<input type="radio"/> 醫務化驗師	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 註冊護士 / 登記護士	<input type="radio"/> 視光師(註冊名冊第 I 部分)	<input type="radio"/>

[清除](#)

[重設](#)[搜尋](#)

已登記醫療服務提供者名單使用方法

(<https://apps.hcv.gov.hk/Public/tc/SPS/Search>)

已登記醫療服務提供者名單

常見問題

請輸入任何關鍵字及/或選擇最少一個選項搜尋已登記醫療服務提供者。

關鍵字

服務提供者姓名

執業地點名稱

執業地址

選項

1

醫護專業類別

2

計劃

地區

醫療券 醫療券計劃 (HCVS)

疫苗資助計劃 (VSS)

顯示有提供免費資助疫苗接種的診所

場地

診所

非診所

任何診所

疫苗

季節性流感疫苗 (SIV)

二十三價肺炎球菌多醣疫苗 (23vPPV)

十三價肺炎球菌結合疫苗 (PCV13)

清除

重設

搜尋

3

1. 於「醫護專業類別」選取「西醫」
2. 於「計劃」選取「非診所場地」及「季節性流感疫苗」
3. 按下「搜尋」，即可瀏覽所有可能提供非診所場地接種季節性流感疫苗服務的醫生執業資料

備註：

名單所列價錢只供參考，如有需要進行外展疫苗接種活動，請與醫生商討細節及收費安排，及提醒醫生需於不少於兩星期前以表格形式通知本署有關詳情。

2) 跟有關私家醫生安排服務

- ◆ 細閱私家醫生的服務的條款，包括私家醫生承擔的責任、收費和若參加者缺席時和兒童接種第二針流感疫苗的安排。
- ◆ 跟有關私家醫生安排流感疫苗的接種，並確保私家醫生提供以下服務：
 - ◆ 提供安全和優質的疫苗接種服務。最好有註冊醫生駐場
 - ◆ 確保有足夠數量合資格醫護人員在場提供服務和醫療支援及備有急救設備
 - ◆ 專業醫護人員評核接種疫苗的人士是否適合接種疫苗及提供疫苗接種
 - ◆ 適當處理利器和醫療廢物（例如針、染血的棉球/火酒紙等）
 - ◆ 遵守感染管理流程

3) 提供服務前，向衛生署申報

- ◆ 在提供服務前，提醒有關私家醫生先填妥在「疫苗資助計劃」或「疫苗資助學校外展（可額外收費）」計劃非診所場地疫苗接種活動通知書(<https://www.chp.gov.hk/files/pdf/notichi.pdf>)，並於活動舉行前至少2星期前交回衛生署



4) 安排場地

- ◆ 安排一所燈光足夠、空氣流通和環境清潔的場地進行疫苗接種
- ◆ 安排一處指定地方讓剛接種疫苗的人士休息和接受觀察接種後反應



5) 向參加者或參加者的家長/監護人提供足夠資訊

- ◆提供疫苗和疫苗資助計劃的資訊。[有關單張可於衛生防護中心的網站下載，或可向項目管理及疫苗計劃科領取]
- ◆通知他們有關醫生要收費
- ◆確保他們明白參與疫苗資助計劃純屬自願性質
- ◆給予他們足夠時間考慮
- ◆告知他們衛生署可能會抽樣聯絡他們核實接種疫苗人士資料



在接種疫苗前的文件處理:

- 確保接種者或接種者家長/監護人:
 - 已為接種者填妥及簽署 使用疫苗資助同意書。
 - 提交接種者的香港居民身分證明及證明智障/批准領取傷殘津貼的文件副本
 - 如持有疫苗接種記錄(針咭)，亦須提交
- 在接種疫苗前，協助私家醫生:
 - 派發及收回填妥的 疫苗接種健康評估表
 - 在疫苗接種活動之前，先向私家醫生提交已填妥及簽署的 使用疫苗資助同意書，以便私家醫生確定參加者接受疫苗資助的資格，及防止重覆接種。



使用疫苗資助同意書

(<https://www.chp.gov.hk/en/features/46442.html>)

適用於 65 歲以下人士

衛生署
疫苗資助計劃
使用疫苗資助同意書

醫健通 (資助) 交易號碼 (由醫生填寫)
只可填寫一個交易號碼
TG - -

注意：請用黑色或藍色筆以正楷填寫本同意書。接種兩劑資助的疫苗須填寫兩份同意書。
在簽署本同意書前，請先閱讀有關上述資助計劃及所接種疫苗資料的單張。
請在適當位置加上“✓”號及 * 刪去不適用者。

本人同意使用政府在疫苗資助計劃下提供的資助為本人 / 本人的子女 / 受監護者 * 接種季節性流感疫苗，詳情如下：

醫生姓名	接種日期
接種疫苗地點名稱	
季節性流感疫苗種類及劑次 (請在適當位置加上“✓”號)	
<input type="checkbox"/> 滅活四價疫苗 (注射式)	9 歲或以上人士： <input type="checkbox"/> 本季度唯一一劑 9 歲以下兒童但過往季度曾接種季節性流感疫苗： <input type="checkbox"/> 本季度唯一一劑
<input type="checkbox"/> 滅活四價疫苗 (噴鼻式)	9 歲以下兒童並未接種季節性流感疫苗： <input type="checkbox"/> 本季度第一劑 <input type="checkbox"/> 本季度第二劑
<input type="checkbox"/> 重組四價疫苗 (注射式)	
資格聲明 (請在適當位置加上“✓”號及 * 刪去不適用者)	
本人確認 本人 / 本人子女 / 受監護者 * 為香港居民及：	
<input type="checkbox"/> 本人正在懷孕 由登記參與計劃的主診醫生確認懷孕：_____ 登記參與計劃的主診醫生簽署確認	
<input type="checkbox"/> 本人年齡介乎 50 至未滿 65 歲 (年屆 65 歲或以上長者請使用另一表格)	
<input type="checkbox"/> 本人子女 / 受監護者 * 年齡介乎 6 個月至未滿 12 歲 或 已年滿 12 歲或以上並現正就讀香港的小學 (如屬後者，請提供學生手冊或學生證副本)	
<input type="checkbox"/> 本人子女 / 受監護者 * 乃智障人士並持有： <input type="checkbox"/> 殘疾人士登記證 (註明「智障」或「弱智」) <input type="checkbox"/> 由註冊醫生發出的醫生證明書以證明本人子女 / 受監護者 * 有資格接受資助接種疫苗 <input type="checkbox"/> 指定的智障人士服務機構負責人所簽發的證明書 (請提供前述證明文件副本)	
<input type="checkbox"/> 本人 / 本人子女 / 受監護者 * 為： <input type="checkbox"/> 領取社會福利署傷殘津貼人士 (請提供傷殘津貼批准信副本) <input type="checkbox"/> 領取社會福利署綜援計劃標準金額類別為「殘疾程度達 100%」或「需要經常護理」的人士 (請提供證明文件副本及簽署登記參與計劃醫生提供的聲明書)	

DH_VSS (08/21)

請於下頁繼續填寫及簽署 頁 1/2

FOR PERSONS AGED BELOW 65 YEARS

Consent to Use Vaccination Subsidy
Vaccination Subsidy Scheme
Department of Health

eHS(S) Transaction No. (For Doctor's Use)
ONE TRANSACTION NUMBER ONLY
TG - -

Note: Please complete this form in BLOCK letters using black or blue pen and put a "✓" in appropriate boxes and *delete as appropriate.
Two consent forms are required for two doses of subsidised vaccination. Please read the information sheet about the Vaccination Subsidy Scheme and the concerned vaccine before you sign this form.

I consent to use the Government subsidy for myself / my child / my ward * to receive Seasonal Influenza Vaccination under the Vaccination Subsidy Scheme with details as follows:-

Name of Doctor	Date of Vaccination
Place of Vaccination	
Type and Dose Sequence of Seasonal Influenza Vaccine (Put a "✓" in the most appropriate box)	
<input type="checkbox"/> Quadrivalent Inactivated Influenza Vaccine (Injectable)	ALL persons aged 9 or above: <input type="checkbox"/> The only dose for this season Children under the age of 9 but have received Seasonal Influenza Vaccination in previous seasons:
<input type="checkbox"/> Quadrivalent Live Attenuated Influenza Vaccine (Nasal Spray)	<input type="checkbox"/> The only dose for this season Children under the age of 9 but have NEVER received Seasonal Influenza Vaccination in previous seasons (vaccine naïve children):
<input type="checkbox"/> Recombinant Influenza Vaccine (Injectable)	<input type="checkbox"/> The first dose for this season <input type="checkbox"/> The second dose for this season
Eligibility Statement (Put a "✓" in the most appropriate box and * delete as appropriate)	
I confirm that I am / my child is / my ward is * a Hong Kong resident and that:	
<input type="checkbox"/> I am pregnant Confirmation of pregnancy by attending enrolled doctor: _____ Attending Enrolled Doctor's Signature	
<input type="checkbox"/> I am between the age of 50 and less than 65 (For 65 years old or above, please use another form)	
<input type="checkbox"/> My child / ward * is between the age of 6 months and less than 12 years OR is 12 years or above but attending a primary school in Hong Kong (For the latter, please provide a copy of student handbook / card)	
<input type="checkbox"/> My child / ward * is a person with intellectual disability holding: <input type="checkbox"/> The Registration Card for People with Disability specifying "Intellectual Disability" or "Mentally Handicap" <input type="checkbox"/> A medical certificate issued by a Registered Medical Practitioner that my child / ward is entitled to subsidised vaccination <input type="checkbox"/> A certificate issued by the Person-in-charge of designated Persons with Intellectual Disability Institutions that my child / ward is a service user of the institution (Please provide a copy of the aforesaid document)	
<input type="checkbox"/> I am / My child is / My ward is * <input type="checkbox"/> A recipient of the Social Welfare Department's Disability Allowance (Please provide a copy of the disability allowance approval letter) <input type="checkbox"/> A recipient of standard rate of "100% disabled" or "requiring constant attendance" under the Comprehensive Social Security Assistance ("CSSA") Scheme of the Social Welfare Department (Please provide a copy of documentary proof and sign a self-declaration form provided by the doctor enrolled in VSS)	

DH_VSS (01/21)

Please continue in the next page Page 1/2

健康評估表及疫苗接種紀錄

(<https://www.chp.gov.hk/files/pdf/assessmentform.pdf>)

Seasonal Influenza Vaccination / Pneumococcal Vaccination Health Assessment and Vaccination Record

季節性流感疫苗 / 肺炎球菌疫苗接種 健康評估表及疫苗接種紀錄

I. Information to be completed by service provider 由服務提供者填寫的資料

Name of Doctor-in-charge (負責醫生姓名): _____
 Organisation (主辦機構名稱): _____
 Place of Vaccination (接種疫苗地點): _____
 Date of Vaccination (接種日期): _____
 Enquiry Telephone Number (查詢電話): _____

II. Information to be completed by the vaccine recipient* 由接種者填寫的資料*

Please put a ✓ in the appropriate box 請在適當方格內加上“✓”號

A. Seasonal Influenza Vaccination 季節性流感疫苗接種

Applicable to Inactivated Seasonal Influenza Vaccine 適用於滅活季節性流感疫苗	Yes 有	No 沒有
1 Have you ever received any seasonal influenza vaccination? 你曾否接受流感疫苗接種?		
2 Do you have a history of allergic reaction to egg? 你是否對雞蛋曾出現過敏反應?		
3 Do you have a history of allergic reaction to any antibiotic? 你是否對任何抗生素曾出現過敏反應? (Please provide the name of antibiotic: _____) (請提供抗生素名稱: _____)		
4 Have you ever experienced any limb numbness or weakness after receiving prior seasonal influenza vaccination? 你是否曾在接種流感疫苗後, 出現手腳麻痺或無力?		
5 Do you have a history of severe allergic reaction to any vaccine component or a previous dose of any influenza vaccine? 你是否對任何疫苗成分或接種任何流感疫苗後曾出現嚴重過敏反應?		
6 Are you suffering from any bleeding disorders or on anticoagulants? 你是否出血病症患者或正服用抗凝血劑?		

Applicable to Live Attenuated Seasonal Influenza Nasal Vaccine (LAIV) 適用於減活噴鼻式季節性流感疫苗 (LAIV can only be used among non-pregnant and non-immunocompromised people 2-49 years of age. 減活流感疫苗 只建議供年齡為兩歲至49歲的非懷孕及非免疫力低的人士使用。)	Yes 有	No 沒有
1 Have you ever received any seasonal influenza vaccination? 你曾否接受流感疫苗接種?		
2 Do you have a history of allergic reaction to egg? 你是否對雞蛋曾出現過敏反應?		
3 Do you have a history of allergic reaction to any antibiotic? 你是否對任何抗生素曾出現過敏反應? (Please provide the name of antibiotic: _____) (請提供抗生素名稱: _____)		
4 Do you have a history of severe allergic reaction to any vaccine component or after previous dose of any influenza vaccine? 你是否對任何疫苗成分或接種任何流感疫苗後曾出現嚴重過敏反應?		
5 Are you currently taking concomitant aspirin or salicylate-containing therapy (for children and adolescents)? 你現在是否正服用阿士匹林或含水楊酸鹽藥物(兒童和青少年)?		
6 Do you have asthma or wheezing in the past 12 months (for children aged 2 through 4 years)? 你在過去12個月是否曾患上哮喘或哮喘(兩歲至四歲的兒童)?		
7 Are you immunocompromised? 你有否免疫功能減弱的情況?		
8 Are you having close contact with severely immunosuppressed persons who require a protected environment? 你是否和免疫系統嚴重受抑制而需在受保護的環境下接受護理的人士有緊密接觸?		
9 Are you currently pregnant? 你是否現正懷孕?		
10 Have you received influenza antiviral medication within previous 48 hours? 你是否有在過去48小時曾服用流感抗病毒藥物?		
11 Have you received any live attenuated vaccines within the last 4 weeks or plan to receive live attenuated vaccine within the next 4 weeks? 你是否有在過去四星期內接種任何減活疫苗或計劃於未來四星期內接種任何減活疫苗?		

Note: Children under the age of 9 who have never received any seasonal influenza vaccination before need to receive a 2nd dose 4 weeks after receiving the 1st dose.

注意: 9歲以下從未接種過流感疫苗之小童, 需於4星期後接種第二劑疫苗



接種當日的文件處理

- ◆協助安排已填妥及簽署使用疫苗資助同意書的人士接種疫苗
- ◆如有即場報名人士，請交由有關疫苗接種團隊處理



在疫苗接種後的文件處理

- 在疫苗接種後：
 - ◆ 確保醫護人員填妥針咭，並把針咭交還接種者或接種者家長/監護人保存
 - ◆ 保存當日出席接種疫苗者的記錄
 - ◆ 提醒家長/監護人有關9歲或以下之前從未接種過流感針兒童的第二劑安排
- 告知接種者或接種者家長/監護人接種人士的個人資料：
 - ◆ 將用作申請疫苗資助
 - ◆ 亦可給公營及私營醫護人員取得，作為決定日後醫療服務的用途



最新資料

疫苗接種計劃

疫苗接種計劃

2021年6月30日



最新消息

隨著香港繼續面對COVID-19大流行的挑戰，流感病毒與2019冠狀病毒亦可能於今年冬季流感季節同時傳播，因此，為保障自己及家人的健康，於2020-2021年度接種流感疫苗至為重要。

主頁	各項計劃詳情	疫苗可預防疾病科學委員會建議
新聞稿	健康教育資源	疫苗接種計劃的統計數字
我是...		



市民: 打算接種疫苗



醫生: 打算提供疫苗接種服務



學校: 打算安排疫苗接種活動



院舍: 打算安排疫苗接種活動



其他機構及社區團體:
打算安排疫苗接種活動

網址 :

<https://www.chp.gov.hk/tc/features/17980.html>

聯絡我們

項目管理及疫苗計劃科

- 電話：2125 2125
- 傳真：2713 9576
- 電郵：vacs@dh.gov.hk
- 地址：九龍亞皆老街147C號

衛生防護中心二樓



此部分完

