表租1

臺東縣衛生局長期照顧輔具服務租賃紀錄表

一、輔具需求申請者基本資料

需求者姓名		核定日期	
身分證字號		聯絡電話	
出生日期		手機	
CMS等級	第　　級	身分福利別	

二、承租輔具基本資料

輔具項目名稱	單位管理序號/廠牌/型號
輪椅-B款（輕量化量產型） 輪椅-B款 輪椅附加功能-A款 輪椅附加功能-B款	單位管理序號： 廠牌： 型號：

三、承租記錄

	承租日期	因故未使用日期	需求者簽章
第一個月	____年 ____月 ____日～ ____年 ____月 ____日	原因： 日期：_____共_____天	
第二個月	____年 ____月 ____日～ ____年 ____月 ____日	原因： 日期：_____共_____天	
第三個月	____年 ____月 ____日～ ____年 ____月 ____日	原因： 日期：_____共_____天	
第四個月	____年 ____月 ____日～ ____年 ____月 ____日	原因： 日期：_____共_____天	
第五個月	____年 ____月 ____日～ ____年 ____月 ____日	原因： 日期：_____共_____天	
第六個月	____年 ____月 ____日～ ____年 ____月 ____日	原因： 日期：_____共_____天	

支付金額計算：總承租月數共 ____月 × _____月給付金額＝ **共** _____**元整**（總金額）

★首次承租日期需在核定日期後三個月內，請確實填寫因故未使用日期，此欄若有塗改需簽章。

★需求者若未滿十八歲或無自行簽章能力者，須由其家屬或照顧者代為簽章負責，確實已租賃以上輔具。

★總金額以小數點後四捨五入計算

中　華　民　國　　年　　月　　日

臺東縣衛生局長期照顧輔具服務租賃紀錄表（爬梯機）

一、輔具需求申請者基本資料

需求者姓名		核定日期	
身分證字號		聯絡電話	
出生日期		手機	
CMS等級	第　　級	身分福利別	

二、承租輔具基本資料

輔具項目名稱	廠牌型號
爬梯機 EH04 爬梯機(單趟)	

三、承租記錄

趟數	承租日期及時間	擇一圈選	操作人員簽名	需求者簽章	趟數	承租日期及時間	擇一圈選	操作人員簽名	需求者簽章
1	____年 ____月 日____:____	上樓 下樓			6	____年 ____月 日____:____	上樓 下樓		
2	____年 ____月 日____:____	上樓 下樓			7	____年 ____月 日____:____	上樓 下樓		
3	____年 ____月 日____:____	上樓 下樓			8	____年 ____月 日____:____	上樓 下樓		
4	____年 ____月 日____:____	上樓 下樓			9	____年 ____月 日____:____	上樓 下樓		
5	____年 ____月 日____:____	上樓 下樓			10	____年 ____月 日____:____	上樓 下樓		

支付金額計算：＿＿＿＿＿＿總承租趟數 X ＿＿＿＿＿＿單趟給付金額＝ **共** ＿＿＿＿＿＿**元整**（總金額）

★首次承租日期需在核定日期後三個月內，請確實填寫因故未使用日期，此欄若有塗改需個案簽章。

★個案若未滿十八歲或無自行簽章能力者，須由其家屬或照顧者代為簽章負責，確實已租賃以上輔具。

★總金額以小數點後四捨五入計算。

★操作人員須受過訓練始得操作使用。

中　華　民　國　　年　　月　　日