

○○○縣(市)政府長期照顧輔具租賃服務紀錄表參考範本

一、輔具需求申請者基本資料

需求者姓名	徐○明	核定日期	YYY/MM/DD
身分證字號	V123456789	聯絡電話	02-85906666
出生日期	030/03/23	手機	
CMS等級	第4級	經濟狀況	一般戶

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： <input type="checkbox"/> 改為購置 <input type="checkbox"/> 無需求 <input type="checkbox"/> 入住機構 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 日期：_____共__天	
第二個月	__年__月__日～ __年__月__日	原因： <input type="checkbox"/> 改為購置 <input type="checkbox"/> 無需求 <input type="checkbox"/> 入住機構 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 日期：_____共__天	
第三個月	__年__月__日～ __年__月__日	原因： <input type="checkbox"/> 改為購置 <input type="checkbox"/> 無需求 <input type="checkbox"/> 入住機構 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 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。
- ★若承租日期未滿一個月，租賃費用按比率計算價格之服務項目，月給付金額以小數點後無條件捨去計算。

中華民國 年 月 日

○○○縣(市)政府長期照顧輔具租賃服務紀錄表(爬梯機)參考範本

一、輔具需求申請者基本資料

需求者姓名	徐○明	核定日期	YYY/MM/DD
身分證字號	V123456789	聯絡電話	82867045
出生日期	030/03/23	手機	
CMS等級	第4級	經濟狀況	一般戶

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			2	年__月__日 :_____	上樓 下樓		
3	年__月__日 :_____	上樓 下樓			4	年__月__日 :_____	上樓 下樓		
5	年__月__日 :_____	上樓 下樓			6	年__月__日 :_____	上樓 下樓		
7	年__月__日 :_____	上樓 下樓			8	年__月__日 :_____	上樓 下樓		
9	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 × _____ 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。
- ★操作人員須受過訓練始得操作使用。

中華民國 年 月 日