

臺北市政府長期照顧輔具租賃服務紀錄表

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 | | 經濟狀況 | |

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

臺北市政府長期照顧輔具租賃服務紀錄表(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 | | 經濟狀況 | |

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