**臺東縣衛生局身心障礙者醫療輔具租賃紀錄表**

表申7

**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** |  |
| **身分福利別** |  |  |  |

**二、承租輔具基本資料**

|  |  |
| --- | --- |
| **輔具項目名稱** | **廠牌/型號** |
| **1** | **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。

中 華 民 國 年 月