

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
	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