

連江縣輔具資源中心輔具出借服務申請表

案件編號：

租借日期： 年 月 日 實際歸還日期： 年 月 日

輔具名稱： _____ 財產編號： _____

輔具使用者資料：

| | | | |
|--|--|---|---------------|
| 姓名： | 性別：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> | 年齡： | 出生日期：民國 年 月 日 |
| 聯絡電話： | 手機： | 身分證字號： | |
| 身分別： <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 失能老人 <input type="checkbox"/> 一般民眾 <input type="checkbox"/> 機關團體 <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | 障礙類別： <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 多障 <input type="checkbox"/> 聽語障 <input type="checkbox"/> 其他 _____ | |
| 聯絡人： | 電話： | 等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 | |

繳交證件：身心障礙證明文件影本 身份證明文件影本
醫療院所開立之診斷證明書 其他 _____

繳交保證金：新臺幣 仟 佰 拾 元整 保證金：全額退還 退還部份 _____ 元

| | |
|------------------|---|
| 出 借 評 估 | 輔具借用需求原因： <input type="checkbox"/> 老化 <input type="checkbox"/> 外傷 _____ <input type="checkbox"/> 疾病 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____ 使用人身高、體重：身高 _____、體重 _____ 適用性評估： <input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 需調整、增加配備 <input type="checkbox"/> 轉介其他資源 使用指導： <input type="checkbox"/> 實際操作指導 <input type="checkbox"/> 簡易故障排除及調整指導 使用注意事項衛教： <input type="checkbox"/> 安全使用說明 注意事項與輔具衛教我已完全瞭解並同意 確認簽章： |
|------------------|---|

經辦人：

連江縣輔具資源中心 輔具借用收執單

案件編號： _____ 輔具名稱： _____ 財產編號： _____

輔具出借保證金：新臺幣 仟 佰 拾 元整

租借日期： 年 月 日 預定歸還時間： 年 月 日

經辦人： 歸還前請務必電知：0836-23050 或 25022 轉 301

◆ 輔具歸還時請事先來電、自行送回並務必將輔具清潔乾淨，予以退還押金，謝謝配合！

◆ 輔具出借服務主要為提供有短期及中期需求之民眾，如需長時間使用，建議以

購買之方式，讓更多有需求的民眾，得以借用。