**แบบคำร้องขอรับบริการยืมอุปกรณ์**

**ศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน โรงพยาบาล...............**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)...........................................................................อายุ..........ปี อาการป่วย................................................................อยู่บ้านเลขที่...................หมู่..........ตำบล............................อำเภอ................................ ขอแจ้งความประสงค์รอคิวเพื่อยืมอุปกรณ์................................................................... หากโรงพยาบาลมีอุปกรณ์ดังกล่าวให้ยืมได้สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่เบอร์............................................................**

**(ลงชื่อ)...............................................ผู้ยืม (ลงชื่อ)..............................................ผู้รับเรื่อง**

**(.................................................) (..........................................)**

**ว/ด/ป.................................................. ว/ด/ป............................................**

**แบบคำร้องขอรับบริการยืมอุปกรณ์**

**ศูนย์สาธิตและยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน โรงพยาบาล...............**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)...........................................................................อายุ..........ปี อาการป่วย................................................................อยู่บ้านเลขที่...................หมู่..........ตำบล............................อำเภอ................................ ขอแจ้งความประสงค์รอคิวเพื่อยืมอุปกรณ์................................................................... หากโรงพยาบาลมีอุปกรณ์ดังกล่าวให้ยืมได้สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่เบอร์............................................................**

**(ลงชื่อ)...............................................ผู้ยืม (ลงชื่อ)..............................................ผู้รับเรื่อง**

**(.................................................) (..........................................)**

**ว/ด/ป.................................................. ว/ด/ป............................................**

**แบบสรุปข้อมูลบริการฟื้นฟูสมรรถนภาพในชุมชน สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

**ข้อมูลบริการระหว่าง วดป...........................................ถึง วดป..................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ**  **ที่** | **รหัสหน่วย**  **บริการ** | **ชื่อหน่วยบริการ** | **รหัส**  **บริการฟื้นฟูฯ** | **บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน** | **หน่วย** | **ราคากลาง**  **(บาท)** | **จำนวน**  **บริการ(ครั้ง)** | **รวมเป็นเงิน**  **(บาท)** | **หมายเหตุ**  **(เอกสารแนบ รายละเอียด)** |
|  |  |  | **H9339** | **กายภาพบำบัดในชุมชน** | **ครั้ง/ราย** | **150** |  |  |  |
|  |  |  | **H9383.1** | **กิจกรรมบำบัดในชุมชน** | **ครั้ง/ราย** | **150** |  |  |  |
|  |  |  | **H9383.2** | **กิจกรรมบำบัดในชุมชนรายกลุ่ม** | **ครั้ง/ราย** | **75** |  |  |  |

**ลงชื่อ ….................................................................. ผู้จัดทำข้อมูล**

**( …..................................................................)**

**ตำแหน่ง ……...............................................................................**

**ลงชื่อ ……...............................................................…...........................**

**( …......................................................................)**

**ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ..................**

**แบบสรุปข้อมูลรายการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ สำหรับคนพิการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

**ข้อมูลบริการระหว่าง วดป.….................................................ถึง วดป…............................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **รหัสหน่วย**  **บริการ** | **ชื่อหน่วยบริการ** | **รหัส**  **อุปกรณ์ฯ** | **รายการกายอุปกรณ์/ ราย** | **หน่วย** | **ราคา**  **กลาง**  **(บาท)** | **🗌**  **จำนวน**  **ที่เบิกจ่าย** | **รวมเป็นเงิน**  **(บาท)** | **หมายเหตุ**  **(เอกสารแนบ รายละเอียด)** |
|  |  |  | **8706** | **ไม้ค้ำยันรักแร้แบบอลูมิเนียม** | **คู่ละ** | **650** |  |  |  |
|  |  |  | **8707** | **ไม้เท้าอลูมิเนียมแบบสามขา** | **อันละ** | **600** |  |  |  |
|  |  |  | **8708** | **ไม้เท้าสำหรับคนตาบอดพับได้** | **อันละ** | **500** |  |  |  |
|  |  |  | **8711** | **ไม้ค้ำยันรักแร้แบบไม้** | **คู่ละ** | **350** |  |  |  |
|  |  |  | **8901** | **รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับได้ฯ** | **คันละ** | **6,600** |  |  |  |
|  |  |  | **8902** | **รถนั่งคนพิการชนิดพับได้ทำด้วยโลหะแบบปรับไม่ได้** | **คันละ** | **4,400** |  |  |  |
|  |  |  | **8903** | **เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการ** | **อันละ** | **800** |  |  |  |
|  |  |  | **8904** | **รถสามล้อโยกมาตรฐานสำหรับคนพิการ** | **คันละ** | **6,000** |  |  |  |
|  |  |  | **9001** | **แผ่นรองตัวสำหรับผู้ป่วยอัมพาตหรือที่นอนลม** | **อันละ** | **1,000** |  |  |  |

**ลงชื่อ ….................................................................. ผู้จัดทำข้อมูล**

**( …..................................................................)**

**ตำแหน่ง ……...............................................................................**

**ลงชื่อ ……...............................................................…...........................**

**( …......................................................................)**

**ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ….............................**