

# 臺南市中低收入老人住院看護費收據

附件一

茲領到病患 王小明 君住院期間，看護費共計新台幣 零 拾

貳 萬 陸 仟 零 佰 零 拾 零 元整，無誤。

看護起迄日期及時間	班別單價 (元)			日數(或班、時數)	總金額 (元)
	12 小時	24 小時	其他		
自 111 年 5 月 10 日上午 10 時起 至 111 年 5 月 20 日上午 10 時止		2,600		10 日	26,000
自 年 月 日上(下)午 時起 至 年 月 日上(下)午 時止					

看護者姓名：方小小 (簽章)

身分證字號：

R	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 (附身分證及證照影本)

戶籍地址：臺南 市 新營區 新南里 X 鄰 復興 路 巷 弄 XX 號 樓

之 \_\_\_\_\_

聯絡電話：(06) 632\*\*\*\*

中華民國 111 年 00 月 00 日

看護人身分證影本浮貼處