

臺南市中低收入老人住院看護費收據 附件一

茲領到病患_____君住院期間，看護費共計新台幣_____拾_____萬
 仟_____佰_____拾_____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 年 月 日上(下)午 時起 至 年 月 日上(下)午 時止					
自 年 月 日上(下)午 時起 至 年 月 日上(下)午 時止					

看護者姓名：_____ (簽章)
 身分證字號：_____ (附身分證及證照影
 本)

戶籍地址：_____市_____區_____里_____鄰_____路_____街_____巷_____弄_____號_____樓之
 聯絡電話：()

中華民國 年 月 日

看護人身分證影本浮貼處