

臺南市低收入戶傷病住院看護費收據

茲領到病患_____君（身分證字號：_____）住院期間

看護費共計新台幣_____拾_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整，無誤。

（請用零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖大寫數字填寫）

看 護 起 迄 日 期	單價金額（元）			日數、時數	金 額 小 計 （ 元 ）
	12 小時	24 小時	其他		
自 年 月 日 時 起 至 年 月 日 時 止					
自 年 月 日 時 起 至 年 月 日 時 止					

※看護方式（請打勾）：一對一 一對_____

說 明 1. 看護起訖日期請確實填寫月、日、時，以利審查。
2. 各項資料若有塗改，請看護人員於塗改處蓋章。

看護者姓名：_____（簽名或蓋章）

身分證字號：_____（附身分證及證照影本）

戶籍地址：_____市_____區_____里_____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

看護人證照影本浮貼處（請先黏貼此處）