

臺南市低收入戶住院看護費收據

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 (或 班、時數)	金 額 小 計 (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					
※看護方式 (請打勾): ☐ 一對一 ☐ _____對一					

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_____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

看護人證照影本浮貼處 (請先黏貼此處)