

臺南市住院看護費收據

茲領到病患_____君(身份證字號：_____)住院期間看護費

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

(金額請以大寫數字填寫)

看 護 起 迄 日 期	單價金額(元)			日 數 (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 ☐ 一對多(____人)					

看護人員姓名：_____ (簽章)

身分證字號：_____ (附身分證正反影本及證照影本)

戶籍地址：_____市_____區_____ (路/街)_____巷_____弄_____號_____樓之_____

聯絡電話：(____)_____ 手機：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

看護人身分證(正反面)影本浮貼處

護護人證照影本浮貼處

開立此單據之單位(公司)大小章：