

重大疾病患者/不能行走者/隔離治療病患證明書

茲證明當事人 (民國 年 月 日出生，國民身分證統一編號：
 ，戶籍地址： 省 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓，確係：
 市 市 市區 里 街

- 意識清楚之重大疾病患者。
- 意識清楚之不能行走者。
- 在指定隔離治療機構施行隔離治療之病患。

如有虛偽證明，願負法律責任，特此證明。

醫師： 執照字號： 執業地址： 省 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 市 市區 里 街 電話：	蓋章：
省 縣 鄉鎮 村 長 市 市 市區 里 村(里)辦公處地址： 省 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 市 市區 里 街 電話：	蓋章： (加蓋職名章)
隔離治療機構： 機構地址： 省 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 市 市區 里 街 電話：	

中 華 民 國

村里辦公處
 鈐記、隔離治
 療機構印信

年 月 日

說明：申請印鑑登記、變更、廢止登記及證明應由當事人親自為之。但意識清楚之重大疾病患者、不能行走者，或在指定隔離治療機構施行隔離治療之病患，得檢具醫師、村（里）長或隔離治療機構之證明書及委任書委任他人代辦。（戶政事務所辦理印鑑登記作業規定第6點第5款、第6款）