

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_____縣_____區_____里_____鄰_____路_____街_____巷_____弄_____號_____樓之_____

聯絡電話：（ ）

中華民國 年 月 日

看護人證照影本浮貼處（請先黏貼此處）

看護人身分證影本浮貼處