看護費用收據

本人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿為合格照顧服務員，於＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
醫院提供病患＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿看護服務如下：

看護起迄時間	班別	班別單價(元)	小計(元)
自　年　月　日　時 至　年　月　日　時 看護比：1(看護員)：___(病患人數)	□全(24小時) □日(12小時，__時至__時) □夜(12小時，__時至__時)		
自　年　月　日　時 至　年　月　日　時 看護比：1(看護員)：___(病患人數)	□全(24小時) □日(12小時，__時至__時) □夜(12小時，__時至__時)		
總金額計新台幣　萬　仟　佰　拾　元整			
說明	1. **看護起訖時間請確實填寫月、日、時，以利審查。** 2. **各項資料若有塗改，請看護員或證明人於塗改處蓋章。** 3. **看護費補助每人每日最高補助額度，一日係以全日班(24小時)計算，但看護時數累計不足24小時者不予補助。非一對一看護者，補助金額依看護人數比例計算。**		

看護員姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（**簽名及蓋章**）

身分證字號：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（**請附身分證正反面及照顧服務員證照影本**）
戶籍地址：＿＿＿＿市縣＿＿＿＿區＿＿＿＿里＿＿＿鄰
＿＿＿＿路街＿＿＿＿巷＿＿弄＿＿號＿＿樓之＿＿＿
醫院名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿（請蓋醫院章）
聯絡電話：（＿＿）＿＿＿＿＿＿＿＿
醫院證明人：＿＿＿＿＿＿＿＿（請醫師、護理人員或社工人員**蓋職章**）
中　華　民　國　　年　　月　　日