

## 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)	<input type="checkbox"/> 全(24小時) <input type="checkbox"/> 日(12小時， ____時至____時) <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 全(24小時) <input type="checkbox"/> 日(12小時， ____時至____時) <input type="checkbox"/> 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