

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