



# 看護服務證明書

本人 \_\_\_\_\_ 為合格照顧服務員，於 \_\_\_\_\_ 醫院提供  
 病患 \_\_\_\_\_ 看護服務之狀況如下：

(※請確實填寫月、日、時，以利審查作業)

看 護 時 間 起 迄					班 別	班 別 單 價	小 計 金 額				
自	年	月	日	時	<input type="checkbox"/> 全 (24小時) <input type="checkbox"/> 日 (12小時) <input type="checkbox"/> 夜 (12小時)						
至	年	月	日	時							
自	年	月	日	時	<input type="checkbox"/> 全 (24小時) <input type="checkbox"/> 日 (12小時) <input type="checkbox"/> 夜 (12小時)						
至	年	月	日	時							
自	年	月	日	時	<input type="checkbox"/> 全 (24小時) <input type="checkbox"/> 日 (12小時) <input type="checkbox"/> 夜 (12小時)						
至	年	月	日	時							
總日數計		日	總計金額新台幣					萬	仟	佰	拾元整
照顧服務員 <u>簽名或蓋章</u> ：						聯絡電話：					

經確認，上述看護期間確為 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

證明人： \_\_\_\_\_ **【請蓋職章】**

一、證明人以醫療院所之醫師、護理人員或社會工作人員所出具證明為限。

二、本證明書僅供向公部門申請社會救助使用。

**【以上各項資料若有塗改，需於塗改處押章】**

照顧服務員身分證正反面或居留證影本黏貼處