附件二

身心障礙者傷病住院看護證明書

茲證明申請人　　先生（女士），自　　年　　月　　日起至　　年　　月　　日止共　　日住院治療，確實由專人看護。

照顧者姓名：

照顧者身分：□看護工（須附看護費用發票或收據正本、看護人員之身分證正反面影本及病患服務員、照顧服務員或其他相關結業證書、證照影本並簽章證明與正本相符）

□十六歲以上，未滿六十五歲之配偶、直系親屬及旁系二等血親（須附親屬證明文件以示與病患關係）

證明人單位：

主治醫師：　　簽章

護理長：　　簽章

社會工作人員：　　簽章

【三者任一人證明即可】

中華民國　　年　　月　　日