

## 切 結 書

立切結書人(專職人員)\_\_\_\_\_先生/女士茲切結\_\_\_\_\_先生/女士(病患)因\_\_\_\_\_ (病名) 住院，病床號碼：\_\_\_\_\_。自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日起至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日止共\_\_\_\_\_日，確實由本人提供照顧看護，若有虛偽不實或重複申請同性質補助者，本人願負法律責任，並繳回全部補助款，恐口無憑，特立此書為據。

此致

臺中市政府社會局

立切結書人(專職人員/看護)：

(簽章)

身分證字號：

地址：

電話：

中華民國            年            月            日