

附件三

107.02.09起修正適用

臺中市身心障礙者傷病住院看護費用補助

看護員切結書

立切結書人(專職照顧員) _____先生/女士，茲切結
(病患) _____先生/女士，因(病名) _____住院，
自 ____年 ____月 ____日至 ____年 ____月 ____日止，共 _____日，確實由本人照
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，特此具結。

此 致

臺中市政府社會局

立切結書人(專職照顧員)： _____(簽章)

身分證字號： _____

戶籍地址： _____

電 話： _____

中 華 民 國 年 月 日