

附件二

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

看護證明

茲證明人_____ (病患)，自 年 月 日 時起
至 年 月 日 時止共____日，確實由專職人員_____
照顧看護。

(須附醫院診斷證明書並載明「須請看護員照顧」)

此證

證明人/單位：_____

主治醫師：_____ (簽章)

護理長：_____ (簽章) (_____病房)

社會工作人員：_____ (簽章)

(以上三者任一人證明簽章即可)

中 華 民 國 年 月 日