

看 護 切 結 書

立切結書人_____先生/女士茲切結_____先生（女士）

因_____（病名）住院，病床號碼：_____。

自_____年_____月_____日_____時(24小時制)起至_____年_____月_____日

時(24小時制)止共_____日，確實由本人提供照顧看護，若有虛偽不實申請補助或重複申請者，本人願負法律任，並繳回全部補助款，特此具結。

此 致

臺中市政府

立切結書人：

簽章(如為單位請蓋大小章)

身分證字號：

戶籍地址：

電話：

與申請人關係：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日