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)

社會工作員：_____(簽章)

(以上三者任一人證明簽章即可)

中　華　民　國　　年　　月　　日