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