

附件 2

看護費用收據

本人於__年__月__日__時__分起至__年__月__日

__時__分止〈24 小時班12 小時班其他__小時班〉，看護

時數計__日__時，於_____醫院受僱看護_____（被

看護人姓名）每日（班）收費新臺幣__萬__仟__佰__拾

元整，合計新臺幣__萬__仟__佰__拾__元整，確實無誤。

看護人姓名：

住址：

身分證字號：

電話：

中華民國 年 月 日

〈身分證正、反面及專業證照影本黏貼處〉