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