臺北市政府辦理職業訓練及就業服務期間照護補助

附表

附表一

**照護證明書**

|  |  |
| --- | --- |
| **□照護機構** | **機構名稱：** |
| **負責人：** | **聯絡電話：**  |
| **機構／通訊地址：** |
| **□照護人員** | **姓名：**  | **身分證字號：** |
| **聯絡電話：** | **聯絡手機：** |
| **戶籍住址：** |
| **受照護人姓名** |  | **身分證字號** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **出生日期** |  |  |  |  |  |  |  |
| **照護期間** | □全日制：期間： 年 月 日 時至 年 月 日 時 備註：□半日制：期間： 年 月 日 時至 年 月 日 時 備註： |
| **平均收費標準**（擇一填報） | **□ 平均收費：每月新臺幣 元** |
| **□自 年 月 日至 年 月 日共收費 元** |
| **照護機構／人員簽名及蓋章** | **備註：本表所記載資料內容，業經照護機構／人員確認無誤，如有不實願負一切法律責任。** |
| **其他檢附文件** | 1. **照護機構請檢附立案證明書影本1份。**
2. **保母／照顧服務員請檢附訓練結業證書影本或技術士證照影本及身分證正反面影1份。**
 |
|  **中 華 民 國 年 月 日** |