**重大疾病患者/不能行走者/隔離治療病患證明書**

 字第 號

茲證明當事人 (民國 年 月 日出生，國民身分證統一編號：

，戶籍地址： 省 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓)，確係：

 市 市 市區 里 街

□ 意識清楚之重大疾病患者。

□ 意識清楚之不能行走者。

□ 在指定隔離治療機構施行隔離治療之病患。

如有虛偽證明，願負法律責任，特此證明。

|  |  |
| --- | --- |
| 醫師： | 蓋章： |
| 執照字號： 執業地址： 省 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 市 市區 里 街電話： |
|  省 縣 鄉 鎮 村 | 長 | 蓋章：(加蓋職名章) |
|  市 市 市 區 里 |
| 村(里)辦公處地址: 省 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 市 市區 里 街電話： |
| 隔離治療機構： |  |
| 機構地址： 省 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 市 市區 里 街電話： |

村里辦公處

鈐記、隔離治療機構印信

中 華 民 國 年 月 日

說明：申請印鑑登記、變更、廢止登記及證明應由當事人親自為之。但意識清楚之重大疾病患、不能行走者，或在指定隔離治療機構施行隔離治療之病患，得檢具醫師、村（里）長或隔離治療機構之證明書及委任書委任他人代辦。（戶政事務所辦理印鑑登記作業規定第6點第5款、第6款）