

## 重大疾病患者 / 不能行走者 / 隔離治療病患證明書

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： 縣市  
 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 段 巷 弄  
 號之 樓之 )

確係：

- 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：	縣(市) 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓之 市區 里 街
電話：	
縣(市) 鄉鎮 市區	村里長 蓋章： (加蓋職名章)
村(里)辦公處地址：	縣(市) 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓之 市區 里 街
電話：	
隔離治療機構：	
機構地址：	縣(市) 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓之 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者、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)