

補 装 具 証 明 書

所 属		
氏 名		
傷 病 名		
災害発生年月日	令和 年 月 日	
医師の証明	装 具 名	
	必要理由	
	<p>上記理由により補装具が必要であることを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の { 所在地 } 名 称 } 担当医師</p>	

- 注 1 補装具は、主治医が必要と認める場合に限り補償の対象となります。
- 2 被災職員の判断で購入した場合、自己負担となります。