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 |  |
| 上記理由により補装具が必要であることを証明します。　　令和　　年　　月　　日　　所在地医療機関の　　名　　称　　　　　　　　担当医師 |

　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。