|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補 装 具 証 明 書 | | |  |  |
| 認定番号 | ～ |
| 所　　属 | |  | | |
| 氏　　名 | |  | | |
| 傷 病 名 | |  | | |
| 災害発生年月日 | | 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。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　 所在地  　　　　　　　医療機関の　 　名称  　　　　　　　　　　　　　 担当医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |

注1　補装具等は、主治医が療養上必要と認める場合に限り補償の対象となります。

都支部様式第４７号

2　被災職員の判断で購入した場合は、自己負担となります。