

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	
	<p style="text-align: center;">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;">年 月 日</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 20px;"> <div style="margin-right: 10px;">医療機関の</div> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 10px;">所在地</div> <div style="margin-bottom: 10px;">名 称</div> <div>担当医師</div> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 印 </div>	

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。

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。