

# 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>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>年 月 日</p> <p>医療機関の { 所在地                   { 名 称                   { 担当医師</p>	

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。