

# 補 装 具 証 明 書

認定番号

〇〇〇〇-〇〇〇〇

所 属	東京都〇〇局〇〇部	
氏 名	新宿 太郎	
認 定 傷 病 名	左膝半月板断裂	
災 害 発 生 年 月 日	令和 5 年 1 月 6 日	
医 師 の 証 明	装 具 名	短下肢装具
	必 要 理 由	骨折部の歩行時負荷を軽減させるため
	<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>令和 5 年 1 月 26 日</p> <p>医療機関の { 所在地 千代田区永田町〇-〇 名 称 関東整形外科病院 担当医師 関東 二郎</p> <p>(自署又は押印)</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。