都支部様式第47号

補 装 具 証 明 書

認定番号	

所　　属	
氏　　名	
認 定 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 医療機関の { 所在地 名　　称 担当医師 （自署又は押印）	

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。