

## 育成医療補装具装着証明書

受給者氏名		生年月日	
受給者住所			
病名			
補装具を必要とする理由			
補装具の名称			
補装具総額			
装着日	年 月 日		
補装具制作業者 住所・名称			
備考			
上記の補装具を対象者に装着したことを証明します。			
年 月 日			
指定医療機関名			
医師氏名			