支部様式第10号

|  |
| --- |
| **装 具 装 着 意 見 書**　　　被災者　住　所 氏　名 |
| 　　上記の者は | 傷　　　　　病　　　　　名 |  |
|  |
| 　　により、（入院・外来）加療中のもので、装具療法として |
|  | 装　　　　　具　　　　　名 | 　の装着の必要を認めます。 |
|  |
| 　　　　　　　年　　月　　日　　　医療機関　　所 在 地　　　　　　　　　名　　称 医師氏名  |

|  |
| --- |
| **装 具 装 着 証 明 書**　　上記診断による装具を装着したことを証明する。　　　　　　　年　　月　　日　　　医療機関　　所 在 地　　　　　　　　　名　　称 医師氏名  |