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 |