

## 補装具使用証明書

所 属	〇〇町水道課	認 定 番 号	〇〇-〇〇〇〇〇
氏 名	青森 一郎	傷 病 名	せき髄損傷
補 装 具 の 種 類	1 義 肢	8 歩行補助つえ	
	2 装 具	9 収 尿 器	
	3 義 眼	10 盲人安全つえ	
	4 眼 鏡	11 その他 ( )	
	5 補 聴 器		
	6 人工こう頭		
	7 車 い す		
補装具を必要とした理由(病状等をできるだけ詳細に記載してください。)	せき髄損傷の後遺症により、神経が麻痺し、両下肢の機能が全廃し、歩行不可能である。		
備 考			
上記のとおり相違ないことを証明します。			
令和 〇〇 年 6 月 22 日			
病院又は 診療所の		所在地 〇〇市〇〇1丁目〇〇	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 20px; font-weight: bold;">印</span> </div>
		名 称 〇〇市立病院整形外科	
		担当医師 部長 〇〇 〇〇	

(注) 必要とした補装具の種類に○印を付すること。