

育成医療治療用装具装着証明書

本人氏名		生年月日	年 月 日
本人住所			
病名			
補装具を 必要とする 理由			
補装具の 名称			
製作費			
装着年月日	年 月 日		
製作業者の 住所氏名			

上記のとおり装着したことを証明する。

年 月 日

指定医療機関名

医師名
(自署)