**補装具使用証明書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属 |  | 認定番号 |  |
| 氏名 |  | 傷病名 |  |
| 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。） |  |
| 備考 |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　年　　月　　日 |
| 病院又は診療所の | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 担当医師 |  |  |

（注）　必要とした補装具の種類に○印を付すること。