

診 断 書

氏 名

住 所

上記の者は、により入院、外来加療中のもので
装具療法としての装着の必要を認めます。

年 月 日

指定自立支援医療機関

所在地

名称

担当医師氏名

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

指定自立支援医療機関

所在地

名称

担当医師氏名