**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。