

自立支援医療（育成医療）治療用装具装着等証明書

自立支援医療受給者	公費負担者番号	1	6	2	8	6	0	8	0		
	自立支援医療費受給者番号										
	有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで									
	受診者	フリガナ								性別	生年月日
氏名									男・女	令和 年 月 日	
住所		〒									
申請者	フリガナ										
	氏名										
	住所	〒									
治療用装具名											
治療用装具価格											
業者名											
適合検査	<p style="text-align: center;">令和 年 月 日 検査</p> <p style="text-align: center;">検査者 指定自立支援医療機関（育成医療）</p> <p style="text-align: center;">担当医師名 印</p>										
適合証明	<p>装着についても適合の事実を証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援医療機関（育成医療） 院（所）長名 印</p>										