

(様式第9号)

着 装 証 明 書

受診児(者)	氏 名							
	住 所							
負 担 者 番 号								
受 給 者 番 号								
装 具 名								
着 装 年 月 日	年 月 日							

上記のとおり装着したことを証明します。

年 月 日

指定医療機関名

医 師 氏 名

※負担者番号：育成医療は16076044、更生医療は15070014になります。