

( 様式第9号 )

# 着 装 証 明 書

装 具 名

着 装 年 月 日                      平 成      年      月      日

患者(受診児)氏名	医 療 券 番 号								
	負担者番号	1	6	0	7	6	0	4	4
	受給者番号								X

上記のとおり装着したことを証明します。

平 成      年      月      日

指定医療機関名

医 師 氏 名

印

福島市福祉事務所長