

⑤ 義肢等製作費助成請求書

所属所受付印
年 月 日

組合員氏名 組合員番号	所属名 所属コード	区分	購入又は修理費用	診療又は修理を 行った日	※互助給付決定額
●●●●	○○小学校	修理	1 0 0 0 0 0	5 0 1 0 5 0 7	
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5	購入			

対象補装具等 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 義手 <input type="checkbox"/> 義足 <input type="checkbox"/> 義眼 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 松葉杖 <input type="checkbox"/> 人工乳房
(領収証等添付)	

上記のとおり請求します。

〒 730 — 8514  
住所 広島県広島市中区基町〇—●

一般財団法人 広島県教育職員互助組合理事長様

令和 元 年 5 月 7 日

請求者 氏名 ●●●● ●●●●

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 元 年 5 月 7 日

職名 ○○小学校 校長

所属長 氏名 ◎◎ ◎◎

職印

## 診 断 書

住 所 ○○市○○町一丁目 1-1

患 者 名

●● ●●

上記の者は

病 名

歩行困難

により

加療中のもので装具療法として

装 具 名

車いす

の装着の必要を認めます。

令和 元 年 5 月 7 日

住 所 ○○市○○町一丁目 2-3○○病院

医師

印

氏 名

□□ □□

## 装 具 装 着 証 明 書

上記診断による装具を装着適合したことを証明いたします。

令和 年 月 日

所在地

医療機関

印

名 称