

㊦ 義肢等製作費助成請求書

組合員氏名 組合員等番号	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
互助 太郎	広島小学校	修理	1 0 0 0 0 0	5 0 7 0 9 0 7	
6 5 4 3 2 1	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。

〒 765 — 4321
住所 広島県広島市中区互助町
1丁目2-3

一般財団法人 広島県教育職員互助組合理事長様

令和 7 年 10 月 1 日

請求者 氏名 互助 太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 7 年 10 月 1 日

職名 広島小学校 校長
所属長 氏名 広島 教子

診 断 書

住 所 広島市中区互助町1丁目2-3

患 者 名 互助 太郎

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
の装着の必要を認めます。

装 具 名
車いす

令和 7 年 9 月 7 日

住 所 〇〇市〇〇町〇丁目4-5 〇〇病院

医師



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

名 称