

主治医の証明欄に証明を受けて、療養補償請求書にこの証明書、領収書（原本）、内訳書を添付してください。松葉杖に係る請求については、この証明書は不要です。

地方公務員災害補償

補装具必要証明書

		認定番号	〇〇—100000
被災職員	所属	〇〇市〇〇部〇〇課	傷病名 右膝内側々副靭帯断裂
	氏名	〇〇〇〇	
	生年月日	S〇〇年〇月〇〇日生	
災害発生日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
主治医の証明	傷病名		
	上記の者は	右膝内側々副靭帯断裂	より {入院・ <input type="checkbox"/> 外来} 加療中の者であり、
	装具名		
	治療を行う上で	右膝装具D軟性	の装着の必要を認めるとともに、
当該装具が適合したことを証明します。			
令和〇〇年〇〇月〇〇日			
		所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地
		医療機関の名称	〇〇医院
		担当医氏名	〇 〇 〇 〇
(※ 自署又は記名押印)			

医療機関が証明

(注) 補装具等は、主治医が療養上必要と認める場合に限り補償の対象となります。したがって、被災職員の希望で購入された場合には、自己負担していただくこととなります。