

⑤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
		修理		5	
		購入			

対象補装具等 (いずれかに☑)	☐ 義手 ☐ 義足 ☐ 義眼 ☐ 車いす ☐ 松葉杖 ☐ 人工乳房
領 収 証 等 添 付 欄	・ 助成の対象は組合員本人のみです。 ・ 地方公共団体等から当該補装具の購入もしくは修理に際し費用の助成を受けるときは、その事実を明記した領収証等が必要です。
上記のとおり請求します。 〒 - 住所 一般財団法人 広島県教育職員互助組合理事長様 請求者 令和 年 月 日 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 年 月 日 職名 所 属 長 氏名	

診 断 書

患 者 名 _____

病 名

上記の者は

により

装 具 名

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。

令和 年 月 日

住 所

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