

装着証明書		
補 装 具 名		
装 着 年 月 日		
受 診 者	氏 名	
	生 年 月 日	平成・令和 年 月 日
病 名		
受 給 者 番 号		
上記のとおり装着したことを証明します。 令和 年 月 日 大阪市長 宛 指定自立支援医療機関 所 在 地 電話番号 名 称 担当医師		