様式第１１号

**着　　装　　証　　明　　書**

年　　月　　日

（宛先）さいたま市保健所長

指定育成医療機関

の名称及び所在地

担当医氏名

　次のとおり着装したことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 装　具　名 |  |
| 装着年月日 |  |
| 受　診　者 | 氏 名 |  |
| 生年月日 |  |
| 病　　　名 |  |
| 受給者証番号 | 公 費 負 担 者 番 号 | １ | ６ | １ | １ | ６ | ０ | ２ | ２ |
| 受　給　者　番　号 |  |  |  |  |  |  |  | － |