第１号様式

治療用装具請求書

 金 円

 児童福祉法第２７条の規定により入所した児童の装具に要する経費として上記金額を請求します。

 年 月 日

 大分県知事 殿

 住所

 法人名

 代表者氏名

第２号様式

治療用装具請求内訳書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児 童 名 | 品 名 | 数量 | 単価 | 金 額 | 備 考 |
|  |  |  |  |  |  |

第３号様式

治療用装具納品書

 殿

 納品金額 円

 但し

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品 名 | 形式 | 規格 | 数量 | 単価 | 金 額 | 備 考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 合 計 |  |  |

 上記のとおり治療用装具として納品します。

 年 月 日

 所在地

 取扱業者 店 名

 氏 名

第４号様式

治療用装具着用証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 着用児童氏名 | （歳） | 年 月 日生 |
| 補装具の名称形式等 |  |  |
| 治療用装具を必要とする事由 |  |  |

 上記児童は当施設の入所児童であり上記補装具を着用したことを証明します。

 　 年 月 日

 大分県知事 殿

 所在地

 施設名

 施設長名

第５号様式

医 証

 住所

 施設名

 児童名

 （ 年 月 日生）

 病 名

 上記のものは頭書の疾患により治療のため

装具の着用の必要を認める。

 　　 年 月 日

 住所

 医療機関 医療機関

 氏名