

(参考様式)

診 断 書

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

上記の者は、下記のとおり歩行困難な状況であると認められます。

記

1. 歩行が困難である原因

- ☐ けが又は病気（傷病名： _____）
- ☐ その他（状況： _____）

2. 歩行が困難な期間

- ☐ 歩行困難な状況が _____ か月間継続する見込みである。
- ☐ 歩行困難な状況が永続する見込みである。

3. その他（特筆すべき事項がありましたら記載願います。）

令和 年 月 日

医療機関の名称

所在地

医師名

印（署名又は記名押印）

（留意事項）

※「医師の診断を記載した書面（写）」であれば、診断書以外の書面（写）の提出で結構です。

ただし、この診断書と同じ内容の記載と医師の署名又は記名押印が必要となります。

※診断書の様式は任意で結構ですが、この診断書と同じ内容の記載が必要となります。

※病人・けが人の方への利用証有効期限は最大24ヶ月となり、引き続き必要な場合は、再度申請いただくことになります。