

(参考様式)

診 断 書

(宮城県ゆずりあい駐車場利用制度申請用)

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

- ☐ 歩行困難の状況が _____ か月間継続する見込みである。
- ☐ 歩行困難の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。）

年

月

日

医療機関の名称

所在地

医師名

印