

診 断 書

(静岡県ゆずりあい駐車場制度利用証申請用)

住 所

氏 名

生年月日

上記の者は、下記のとおり、歩行困難な状況でゆずりあい駐車場の利用が必要であると認められます。

※「歩行困難」とは、歩行して安全に移動するために、車いす、松葉杖等の歩行器具又は人による介助が必須になる程度をいう。

記

傷病名

[歩行が困難な状況が継続すると見込まれる期間]

年 月 日 から 年 月 日 まで

※最大6ヶ月の有効期間で利用証を交付します。

※歩行困難な期間が不明な場合は、終期が空欄でも構いません。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

(記載にあたって)

※医療機関名、医師名については、ゴム印等による表示でもかまいません。

※認印は必要ありません。

※診断書の様式は任意ですが、この診断書と同じ内容の記載が必要となります。