

診 断 書

(広島県思いやり駐車場利用証交付制度申請用)

住 所 _____
氏 名 _____
生年月日 _____ 年 月 日生

標記の者は、次の傷病により歩行や車の乗降が困難であるため、思いやり駐車場の利用が適切であると認めます。

※ 車いすや杖等の歩行補助具を必要とする程度の状態にある者をいい、制度の対象となる手帳や受給者証を所持している人は除く。

傷病名 _____

(該当する項目の□にチェック(✓)を入れてください)

- 歩行等が困難な状況が _____ か月間継続する見込みである。
- 歩行等が困難な状況が継続する期間が不明。
- 歩行等が困難な状況が永続する見込みである。
- その他 (利用が必要な状況を具体的に記入してください。)

(_____)

年 月 日

医療機関の名称

所 在 地

電 話 番 号

医 師

印