診断書／意見書（有期限利用証：けが人等用）

＜かながわ障害者等用駐車区画利用証制度　利用証申請用＞

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |

標記の者は、下記のとおり、歩行が困難又は移動に配慮が必要な状況であると認められます。

記

１　歩行困難等の原因

|  |  |
| --- | --- |
| けが又は病気等の名称： |  |
| その他　　　状況など： |  |
|  | |

２　歩行困難等の期間

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 年 |  | 月 |  | 日 から |  | 年 |  | 月 |  | 日 まで |
|  |  | 年 |  | 月 |  | 日 から |  | カ月間 | | | | |
|  | 歩行困難等の状況が、当面の間（おおむね５年以上）継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してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 医療機関名 |  | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | |
| 医師名 |  | | | | | |