

(参考様式)

診 断 書

(長崎県おもいやり駐車場利用証申請用)

住 所 _____

氏 名 _____

生 年 月 日 _____ 年 月 日 生

傷 病 名

付 記

上記傷病の理由により、車いす、杖等の補装具等を使用し、歩行困難な状況にあると認められる期間
(下記のいずれかにご記入ください)

☐ 駐車場の利用に配慮が必要な状況が受診日から ____ 年 ____ ヶ月間継続する見込みである。

☐ 駐車場の利用に配慮が必要な状況が永続する見込みである。

上記の通り診断します。

年 月 日

医療機関名称 _____

医療機関住所 _____

電 話 番 号 _____

医 師 氏 名 _____ 印

※医療機関へのお願い

長崎県おもいやり駐車場利用証制度の利用証の交付は、記入された必要な期間を元に行います。必ず、移動に配慮が必要な期間をご記入ください。