診　断　書

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

**□**　　歩行困難な状況が　　　ヶ月間継続する見込みである。

**□**　　歩行困難な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。）

令和　　　　年　　　　月　　　　日

医療機関の名称

所在地

医師名　　　　　　　　　　　　　　印（署名又は記名押印）

（留意事項）

※「けが人その他歩行困難者」が申請される際にご利用ください。

なお、この診断書は参考様式であり、同じ内容が確認できる医師の署名又は記名押印済の別様式の書面（写し可）を提出いただいても差し支えありません。