

# 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

傷病名 \_\_\_\_\_

期間  歩行困難の状況が \_\_\_\_\_ ヶ月間継続する見込みである。

歩行困難の状況が1年以上永続する見込みである。

その他

[ \_\_\_\_\_ ]

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関の名称

所在地

医師名

印

## (留意事項)

※ 「医師の診断を記載した書面（写）」であれば、診断書以外の書面（写）の提出で結構です。

ただし、この診断書と同じ内容の記載と医師の署名又は記名押印が必要となります。

※ 診断書の様式は任意で結構ですが、この診断書と同じ内容の記載が必要となります。