|  |
| --- |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○ |