

<自動車税減免申請用>

診 断 書

住 所		
氏 名		
生年月日		年 月 日 生
所 見	診 断 名 (歩行困難等の原因と なっている疾病名)	
	参考となる経過・現症 等	

上記の者は、所見のとおり、日常生活上の移動に際し、車いすの利用が必要であると診断します。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。