

確 認 書

_____様

あなたは、歩行が困難であるため、ハートフル駐車場の利用が適切であると認めます。

※「歩行が困難」とは、車いす、杖等の歩行補助具を必要とする程度をいう。

[歩行が困難な期間]

- 1か月未満
- (____) か月程度
- 1年以上

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

(記載にあたって)

※医療機関名、医師名については、ゴム印等による表示でもかまいません。

※認印は必要ありません。