

証 明 書

(三重おもいやり駐車場利用証制度申請用)

申請人

住所：

氏 名 :

生年月日： 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 生

事情や

記

(1) 歩行が困難である原因(いずれかに○印をつけてください)

1.け が

2. その他()

(2) 歩行が困難な期間

(下記証明日より) 年 月

※ 本証明の有効期間は、医師による証明日(下記)から起算して最大 5 年です。

(3) 付記

※特別に記載する事項がなければ、空欄で結構です。

(証 明 日)

令和 年 月 日

医療機関の名称

所在地

先 絡 連

醫師名

印

この証明書は、三重県が実施する「三重おもいやり駐車場利用証制度」の利用証交付申請書に添付することを目的に医師が発行するものです。（三重県子ども・福祉部）