様式第１号の２（第５条関係）

身体障害者用自動車改造費助成事業用診断書

|  |  |
| --- | --- |
| 患 者 氏 名 |  |
| 生 年 月 日 |  |
| 住　　　 所 |  |
| 疾患名 |  |
| 疾　　　 病  （疾病により右記の障害が確認される場合に、状況を記入してください。） | 【上肢機能】  【下肢機能】  【体幹機能】 |

　上記のことから、身体障害者用自動車改造の必要性が認められます。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　㊞