

障害者控除対象者認定に係る主治医意見書

本人記入欄	障害者控除対象者認定申出者	住 所			
		氏 名		性 別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日	年 齢	歳
医 師 記 入 欄	上記の者は、 _____ 年 月 日（※１）現在、下記の状態にあることを証明します。 _____ 年 月 日（※２）				
	医 師 氏 名 _____ 印 _____				
	医 療 機 関 名 _____				
	医療機関所在地 _____				
	電 話 _____				
	※各項目の該当する箇所に☐をつけてください。 <u>1 障害者高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）</u> ☐ 自立 ☐ J 1 ☐ J 2 ☐ A 1 ☐ A 2 ☐ B 1 ☐ B 2 ☐ C 1 ☐ C 2 <u>2 認知症高齢者の日常生活自立度</u> ☐ 自立 ☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M				

※１ 死亡、出国以外は原則、所得税申告の対象となる年の１２月３１日としてください。

※２ ※１以降の日付としてください。