様式第4号（第5条関係）

障害者・特別障害者控除対象者認定用診断書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな 氏　　名 |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和  　年　　月　　日 |
| 住　　所 |  | 性　　別 | 男　・　女 |

|  |  |
| --- | --- |
| 傷　病　名 |  |

※障害者・特別障害者控除対象者認定の基準日　　　　年　　月　　日における障害高齢者の日常生活自立度及び認知高齢者の日常生活自立について該当するランクにチェックをしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 障害高齢者の日常生活  自立度（寝たきり度） | □正常　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2 |
| 認知症高齢者の  日常生活自立度 | □正常　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M |

※寝たきり状態の場合は、下記もご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 寝たきりになった時期 | 年　　月頃（継続期間　　　年　　ヶ月） |

上記のとおり診断します。

　　　　　年　　　月　　　日

医療機関名

所在地

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　印