

障害者控除対象者認定書交付申請用 ◎この意見書を書いてもらうには、別途費用がかかります。

| 意見書   |  |                |
|-------|--|----------------|
| 本人記載欄 | 住所   |                |
|       | 氏名   |                |
|       | 生年月日   | 明・大・昭・平 年 月 日生 |
| 医師記載欄 | 上記の者は、 年 月から下記の状態にあることを証明する。   |                |
|       | 平成 年 月 日   |                |
|       | 医療機関名  | _____          |
|       | 所在地  | _____          |
|       | 医師氏名   | _____ (印)      |
|       | ・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J 1 <input type="checkbox"/> J 2 <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2 <input type="checkbox"/> C 1 <input type="checkbox"/> C 2 |                |
|       | ・認知症高齢者の日常生活自立度<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M                                   |                |
|       | ※該当するところにレ印をつけてください。   |                |

我孫子市