

診 断 書

(所得税法施行令及び地方税法施行令に基づく障害者控除対象者認定用)

住 所	
氏 名	フリガナ
生年月日	年 月 日

1 身体の状況(①～③の該当する項目の□にチェックを付けてください。)

①身体上の障害の程度(身体障害者手帳)が

1級又は2級と同程度 3級～6級と同程度 7級と同程度又はそれ以下

②障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)

自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

③□常に就床を要し、複雑な介護を要する状態

2 精神等の状況(①～③の該当する項目の□にチェックを付けてください。)

①知的障害の程度(療育手帳)が

1度(最重度、A-1)と同程度 2度(重度、A-2)と同程度

3度(中度、B-1)と同程度 4度(軽度、B-2)と同程度

②□精神上の障害により、事理を弁識する能力を欠く状況にある者と同程度

③認知症高齢者の日常生活自立度

自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

所在地

診療担当科名

医師名

印

※診断書の交付に係る費用は認定対象者又は申請者の負担です。