

診 断 書

〔 所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の11に基づく  
障害者控除対象者認定用 〕

（ 年 月 日現在）

ふりがな	-----	性別	男・女
氏名			
生年月日	年 月 日生	満	歳
障害を伴う 疾病名			

\*以下、該当するものを選んで、どれか一つを○で囲んでください。

日常生活 自立度 (寝たきり度)	J	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する。
	A (1・2)	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出できない。
	B (1・2)	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つことができる。
	C (1・2)	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。
認知症高齢者日常生活自立度	自立	以下の症状に該当しない。
	I	何らかの認知を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
	II (a・b)	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
	III (a・b)	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。
	IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動もしくは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	

上記のとおり診断します。

年 月 日

所在地

医療機関名

医師氏名