

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 7
の規定による障害者控除対象者認定用)

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏 名			
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 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。

障害高齢者の 日常生活自立度 (寝たきり度)	C	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。		
	B	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。		
	A	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。		
	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。		
寝たきりになった時期		年 月頃(継続期間 年 か月間)		
認知症の有無	1	有	2	無
認知症高齢者の 日常生活自立度	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。		
	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。		
	III	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。		
	II	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。		
	I	認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		

上記のとおり診断します。(診断の基準日 年 月 日現在の状態)
年 月 日

医療機関名
所 在 地
診療担当科名
医師氏名 ⑩

(注) 申請日(申請をされる予定日)から起算して 5 年前までを基準日とすることができます。遡及する必要がない場合、基準日は診断書記載日としてください。また、基準日に記載がない場合、診断書記載日を基準日と判断します。

提出先 安芸高田市保険医療課 (☎0826-42-5618) 又は各支所窓口係
--