

医師意見書（障害者控除対象者認定申請用）

対 象 者	住 所			
	氏 名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
	障害を伴う 疾 病 名			

上記の対象者に関する意見は、以下のとおりです。

1. 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ※該当する項目があれば、○で囲ってください。

項目	状 態
A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドでの生活が主体であるが、座位を保つ。
C	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

2. 認知症高齢者の日常生活自立度 ※該当する項目があれば、○で囲ってください。

項目	状 態
II	日常生活に支障を来すような症状・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	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
IV	日常生活に支障を来すような症状・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あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

3. 対象期間 ※始期・終期とも（イ）（ロ）いずれかを○で囲ってください。

始期	（イ） _____年__月__日から	又は	（ロ） _____年1月1日から
終期	（イ） _____年__月__日まで	又は	（ロ） 同年末 まで

上記の者は、頭書の疾病で対象期間において治療を継続中であることを認めます。

年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

医師氏名 _____ (印)

(注) この意見書は、当該対象者に対して頭書の疾病で、継続して治療を行なっている医師が記載願います。

(注) この意見書は、65歳以上の寝たきり高齢者及び認知症高齢者の所得税、住民税控除を受けるためのものです。対象期間の年末時点での状態で、控除対象になるかどうかが判定されます。

※上記様式による意見書は、これを同一内容の記載がある意見書をもって代えることができます。