診　　断　　書

（所得税法施行令第1０条及び地方税法施行令第7条に基づく障害者控除対象者認定用）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 明治  大正　　　　年　　　月　　　日  昭和 | 性別 | 男  ・  女 |
| 住　所 | 〒  日田市 | | | | |
| 診断名 | １、　　　　　　　　　　　　　　　　　　発症年月日（　　　　　年　　　月　　　日）  ２、　　　　　　　　　　　　　　　　　　発症年月日（　　　　　年　　　月　　　日）  ３、　　　　　　　　　　　　　　　　　　発症年月日（　　　　　年　　　月　　　日） | | | | |
| 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過  （最近〈概ね6ヶ月以内〉介護に影響のあったものについて記入） | | | | | |
| 日常生活の自立度について   * 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   * 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。

令和　　　年　　　月　　　日

医療機関

所在地

診療担当科名　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　㊞