

障害者控除対象者認定書交付申請用

意見書			
本人記載欄	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生	歳
医師記載欄	<p>上記の者は、平成30年12月31日現在下記の状態にあることを証明する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">病院名 _____</p> <p style="text-align: center;">医師名 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障害者1級または2級に準ずる状態</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障害者3級から6級に準ずる状態</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害者重度に準ずる状態</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害者中度または軽度に準ずる状態</p> <p><input type="checkbox"/> 障害高齢者日常生活自立度ランク A に該当する</p> <p><input type="checkbox"/> 障害高齢者日常生活自立度ランク B または C に該当する</p> <p><input type="checkbox"/> 6カ月以上寝たきり(基準日12月31日までに)</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度 II、II a、II b に該当する</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度 III、III a、III b、IV、M に該当する</p> <p style="text-align: center;">※いずれか該当するところにレ点をつけてください。</p> <p>上記 <input type="checkbox"/> の状況：</p>		

西東京市高齢者支援課高齢者サービス係  
〒202-8555 東京都西東京市中町1-5-1  
TEL 042-438-4028