

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、令和5年12月31日現在下記の状態にあることを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p><u>病院名</u></p> <p><u>医師名(署名)</u></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>※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 checked="" type="checkbox"/> の状況：</p>		