

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	上記の者は、令和6年12月31日現在下記の状態にあることを証明する。 年 月 日 <u>病院名</u> <u>医師名(署名)</u> ☐ 身体障害者1級または2級に準ずる状態 ☐ 身体障害者3級から6級に準ずる状態 ☐ 知的障害者重度に準ずる状態 ☐ 知的障害者中度または軽度に準ずる状態 ☐ 障害高齢者日常生活自立度ランク A に該当する ☐ 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 ☐ 6カ月以上寝たきり(基準日12月31日までに) ☐ 認知症高齢者の日常生活自立度 II、II a、II b に該当する ☐ 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 ※いずれか該当するところにレ点をつけてください。 上記 ☐ の状況：		

