様式第２号（第３条関係）

診　　断　　書

（所得税法施行令及び地方税法施行令の規定による障害者控除対象者認定用）

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 満　　　　　　歳 |
| 疾病名 |  |

次の２項目について、認定基準日（　　　年　　月　　日）時点の状態で、該当するものに○をつけてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １.障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） | Ｃ | １日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。 |
| Ｂ | 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つことができる。 |
| Ａ | 屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出できない。 |
| Ｊ | 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する。 |
| ２.認知症高齢者の日常生活自立度 | Ｍ | 著しい精神症状や問題行動若しくは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 |
| 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。 |
| 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ときどき見られ、介護を必要とする。 |
| 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。 |
| Ⅰ | 認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 |

該当の場合、記入してください。

|  |
| --- |
| 　　　　年　　　月　　　日現在、寝たきり状態（※）であることを認める。（　　　　年　　　月　　　日から寝たきり状態） |

※ 「寝たきり状態」とは、６か月程度以上寝たきりで、食事・排便等の日常生活に支障のある状態をいいます。

上記のとおり診断します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医師氏名