様式第1号の2(第4条関係)

(彦根市障害者控除対象者認定申請用)

診　断　書

|  |
| --- |
| 住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　年　　月　　日　　 |

上記の者は、**年12月31日現在**、以下の状態であることを認めます。

　　　年　　月　　日

医療機関所在地：

医療機関名：

医師氏名：

|  |
| --- |
| **1　傷病に関する状況**診断名　　(1)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(2)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(3)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　特記事項 |
| **2　心身の状況**　　　　　　　　　※介護保険の主治医意見書と同基準障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)※　　□Ａ1　□Ａ2　□Ｂ1　□Ｂ2　□Ｃ1　□Ｃ2　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　臥床期間　　□6箇月未満　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□6箇月以上認知症高齢者の日常生活自立度※　　　　　　　　　　　　　　　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□Ｍ |
| **3　総合判定**　　日常生活において介護が必要な状況である。□要介護1相当□要介護2相当□要介護3相当□要介護4相当□要介護5相当　　特記事項 |