　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 |