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	
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日生
医師記載欄	上記の者は、　　年　　月から下記の状態にあることを証明する。 年　　月　　日 医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 所　在　地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 医師氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞ ・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） □自立 □Ｊ１ □Ｊ２ □Ａ１ □Ａ２ □Ｂ１ □Ｂ２ □Ｃ１ □Ｃ２ ・認知症高齢者の日常生活自立度 □自立 □Ⅰ □Ⅱａ □Ⅱｂ □Ⅲａ □Ⅲｂ □Ⅳ □Ｍ ※該当するところにレ印をつけてください。	

◎この意見書を書いてもらうには、別途費用がかかります。

我　孫　子　市