様式第１号の２（第４条関係）

医　師　意　見　書

（伊予市障害者控除対象者認定用）

本人記載欄	住　　所	伊予市	
	氏　　名		
	生年月日	年　　月　　日	歳

診　断　項　目

医師記載欄

上記の者は、　　年　　月　　日現在※2 下記の状態にあることを証明する。

年　　月　　日 ※3

医療機関名

医師　氏名　　印

◇心身の状態に関する意見

〇介護保険主治医意見書の障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）又は障害の程度

☐　Ａ１・Ａ２の状態で、かつ、身体障害者（３級～６級）に準じる。

☐　Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２の状態で、かつ、身体障害者（１級、２級）に準じる。

☐　上記の項目のいずれにも該当しない状態

〇介護保険主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度、又は障害の程度

☐　Ⅱａ・Ⅱｂの状態で、かつ、知的障害者（軽度・中度）に準じる。

☐　Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍの状態で、かつ、知的障害者（重度）に準じる。

☐　上記の項目のいずれにも該当しない状態

※　いずれか該当する項目に☑をつけてください。

※1　この意見書を医師に記載していただくためには、別途費用がかかります。

※2　この日付は、死亡、出国以外は原則、所得税申告の対象となる年の１２月３１日で記入してください。

※3　この証明の日付は、※2 以降の日付を記入してください。