

様式第2号（第4条関係）

診 断 書
(障害者控除対象者認定申請用)

氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	満 歳	
障がいを伴う 傷病名			
日常生活能力 の程度	該当するものを選んで○を付けてください。 1. 知的障がい者（軽度・中度）に準ずる 2. 知的障がい者（重度）に準ずる 3. 身体障がい者（3級～6級）に準ずる 4. 身体障がい者（1級～2級）に準ずる 5. 寝たきり高齢者（常時臥床期間6カ月以上）		
特記事項			
上記のとおり診断します。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <u>医療機関名</u> <u>所在地</u> <u>診療担当科名</u> <u>医師名</u> <p style="text-align: right;">(署名又は記名押印)</p>			