

| 主治医意見書 | | | |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 本人記入欄 | 住所 | 浜田市 町 | |
| | 氏名 | | 性別 |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 | 歳 |
| 医師記入欄 | 上記の者は、 _____ 年 月 日 ^{注1} 現在、下記の状態にあることを証明します。 _____ 年 月 日 ^{注2} | | |
| | 医師氏名 _____ (印) | | |
| | 医療機関名 _____ | | |
| | 医療機関所在地 _____ | | |
| | 電話 _____ | | |
| | F A X _____ | | |
| | 心身の状態に関する意見 | (1) 障害高齢者の日常自立度（寝たきり重度） <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J 1 <input type="checkbox"/> J 2 <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2 <input type="checkbox"/> C 1 <input type="checkbox"/> C 2 (2) 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M ※各項目の該当する箇所に☑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。

注1) 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日としてください。

注2) 注1以降の日付としてください。