

診 断 書

(所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の11による障害者  
控除対象者認定用)

( 年 月 日現在)

氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日		満 歳
日常生活 能力の程度	(該当するものを選んで、いずれか一つを○で囲んでください。) 1 日常生活に全面的な介護を必要とする。 ( 年 月 日頃から) 2 日常生活に随時一応の介護を必要とする。 3 日常生活にほとんど介護を必要としない。		
備 考			

上記のとおり診断します。

年 月 日

医 療 機 関 名

所 在 地

診 療 担 当 科 名

医 師 氏 名

印