

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7に基づく障害者控除対象者認定用)

(フリガナ)		
氏 名		
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	満 歳
日 常 生 活 能 力 の 程 度	(該当するものを選んで、いずれかひとつを○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。 (年 月 日頃から) 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