

## 日常生活自立度等証明書

患 者	住 所	鳥取県東伯郡琴浦町大字		
	氏 名		性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 生		

傷 病 名	1. _____	発症年月日（	年	月	日頃）
	2. _____	発症年月日（	年	月	日頃）
	3. _____	発症年月日（	年	月	日頃）

○ \_\_\_\_\_年12月31日（もしくは亡くなった日）以前の6ヶ月間の自立度

・ 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） ※該当する状態にチェックを入れること <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・ 認知症高齢者の日常生活自立度 ※該当する状態にチェックを入れること <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

上記の者は、頭書の傷病により、上記の日常生活の自立度等であったことを証明する。

年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

所 在 地 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

（注）1 証明書は、当該患者に対して頭書の傷病により、継続して治療を行っている医師が記載すること。当該年中に死亡した者の場合は、亡くなった日以前の6ヶ月間の心身の状態について、頭書の傷病により継続して治療を行っていた医師が記載すること。

（注）2 6ヶ月間の間に心身の状態が一定でなかった場合は、6ヶ月間の中で、最も長い期間該当した状態にチェックを入れること。

※ この証明書は、確定申告等の障害者控除を受けるために必要です。