

障害者控除対象者証明書

対 象 者	住 所			
	氏 名		性別	男・女
	生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月 日
	障害を伴う 疾 病 名			

1. 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ※該当する項目があれば、○で囲ってください。

項目	状 態
A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない状態が6か月以上継続している。
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドでの生活が主体であるが、座位を保つ状態が6か月以上継続している。
C	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する状態が6か月以上継続している。

2. 認知症高齢者の日常生活自立度 ※該当する項目があれば、○で囲ってください。

項目	状 態
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

上記の者は、頭書の疾病により、現に治療を継続中であることを証明する。

年 月 日

医療機関名 _____
 所在地 _____
 医師氏名 _____ (印)

(注) この証明書は、当該対象者に対して頭書の疾病により、継続して治療を行なっている医師が記載すること。

(注) この証明書は、65歳以上の寝たきり高齢者及び認知症高齢者の所得税、住民税控除を受けるためのものです。