

医 師 意 見 書		
本人記載欄	住 所	八王子市
	氏 名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
医師記載欄	<p style="text-align: center;">上記の者は、平成 年 月 日現在 <sup>注1</sup> 下記の状態にあることを証明する。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 <sup>注2</sup></p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">印</span></p>	
	<p>◇ 介護保険主治医意見書の障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）</p> <p><input type="checkbox"/> A1・A2の状態</p> <p><input type="checkbox"/> B1・B2・C1・C2の状態</p>	
	<p>◇ 介護保険主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度</p> <p><input type="checkbox"/> II a・II bの状態</p> <p><input type="checkbox"/> III a・III b・IV・Mの状態</p>	
	<p>※ いずれか該当するところに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。</p>	

※ 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の日付は、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日で記入してください。

注2は、注1以降の日付を記入してください。

＜事務処理欄＞		
A1・A2		障害者 (2)
B1・B2・C1・C2	要支援～要介護2	障害者 (2)
	要介護3以上	特別障害者 (2)
II a・II b		障害者 (1)
III a・III b・IV・M	要支援～要介護2	障害者 (1)
	要介護3以上	特別障害者 (1)