

第2号様式（第4条関係）

医 師 意 見 書

本人記載欄	住 所	八王子市	
	氏 名		男 ・ 女
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年 月 日 歳

医師記載欄	<p>上記の者は、</p> <p><input type="checkbox"/> _____年12月31日現在（所得税申告の対象となる年の12月31日）</p> <p><input type="checkbox"/> _____年 _____月 _____日（死亡日又は出国日）</p> <p>下記の状態にあることを証明する。</p> <p>_____年 _____月 _____日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師氏名 _____</p>
	<p>◇ 介護保険要介護認定における障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）</p> <p><input type="checkbox"/> A 1 ・ A 2 の状態</p> <p><input type="checkbox"/> B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2 の状態</p> <p>◇ 介護保険要介護認定における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のには、別途費用がかかります。

＜事務処理欄＞			
A 1 ・ A 2		障害者 (2)	
B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2	事業対象者・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	事業対象者・要支援～要介護 2	障害者 (1)	
	要介護 3 以上	特別障害者 (1)	