

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					
	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 style="text-align: center;">_____年 _____月 _____日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p> <p style="text-align: center;">_____</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"/> A1・A2の状態</p> <p><input type="checkbox"/> B1・B2・C1・C2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>					

※ 医師意見書の作成には、別途費用がかかる場合があります。

＜事務処理欄＞			
A1・A2		障害者（2）	
B1・B2・C1・C2	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）	