

障害者控除対象者認定に係る診断書

年 月 日

(宛 先)
厚 木 市 長

医療機関名
医師氏名
印

対象者氏名		生年月日	年 月 日
住 所			

対象者が認定の基準日の時点で、次の状態であることを認めます。

対象年	年	
障害の内容 及び程度	特別障害者	☐ 知的障害者（重度）に準じる。
		☐ 身体障害者（１級・２級）に準じる。
	障害者	☐ 知的障害者（軽度・中度）に準じる。
		☐ 身体障害者（３級～６級）に準じる。
症 状		

※診断書を記載することのできる医師
知的障害に準じる方は精神科医、身体障害に準じる方は身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第１項の規定による指定医です。