様式第３号（第３条関係）

診断書

（障害者控除対象者認定申請関係）

<table>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="4">年　　月　　日　　満　　歳</td></tr>
<tr><td>障害を伴う障害名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">日常生活能力
の程度</td><td colspan="3">① 知的障害者（軽度・中度）に準じる。</td><td rowspan="2">障害者</td></tr>
<tr><td colspan="3">② 身体障害者（３級～６級）に準じる。</td></tr>
<tr><td colspan="3">③ 知的障害者（重度）に準じる。</td><td rowspan="3">特別障害者</td></tr>
<tr><td colspan="3">④ 身体障害者（１級・２級）に準じる。</td></tr>
<tr><td colspan="3">⑤ 寝たきり老人（６ヶ月以上臥床である場合）</td></tr>
<tr><td>特記事項</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>上記の事由発生年月日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
</table>

上記のとおり診断します。

年　　月　　日

医療機関名

所在地

診療担当科名

医師氏名　　印