

第2号様式（第3条関係）

障害者控除対象者認定に係る診断書

年 月 日

(宛先)
開成町長

医療機関名 _____

医師氏名 _____

対象者氏名		生年月日	年 月 日
住所			

対象者が認定の基準日（裏面3のとおり）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	<input type="checkbox"/> 知的障害者（重度）に準じる。
		<input type="checkbox"/> 身体障害者（1級、2級）に準じる。
	障害者	<input type="checkbox"/> 知的障害者（軽度、中度）に準じる。
		<input type="checkbox"/> 身体障害者（3級～6級）に準じる。
症 状		

障害者控除対象者に係る診断書作成の手引き

1 診断書が必要な方

開成町に住民登録があり、身体障害者手帳が交付されていない65歳以上の方のうち、要介護認定を受けていない方です。

2 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。

3 認定の基準日

確定申告等に使用するため、対象年の12月31日を基準日として認定・不認定を判断します。ただし、対象の方が死亡している場合は死亡日を基準日とします。

4 対象年

認定を必要とする年（税の控除を受ける年）を記入してください。

5 費用負担

診断書の作成に当たって発生する費用については、診断書請求者に請求してください。

6 問合せ先

開成町福祉介護課 高齢介護班 電話：0465-84-0316