様式第２号

**障害者控除対象者認定に関する主治医意見書**

**次の方について、　　　　　　年１２月３１日時点での以下の状況についてご記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 |  | | |
| 氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭  年　　　月　　　日  　　　（　　　歳） |

１　診断名（生活機能低下の直接の原因となっている疾病名）

|  |
| --- |
| （１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発症年月日(　　　　　 年　　月　　日)  （２）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発症年月日(　　　　　 年　　月　　日)  （３）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発症年月日(　　　　　 年　　月　　日) |

２　障害高齢者の日常生活自立度（ねたきり度）

|  |
| --- |
| （１）該当するものにチェックをしてください。  □自立　　　　□J　　　　□A　　　　□B　　　　□C  （２）ランクA、B、Cに該当する場合は、いつからその状態に至ったかご記入ください。  　　　　　　　年　　　　月頃より |

３　認知症高齢者の日常生活自立度

|  |
| --- |
| （１）該当するものにチェックをしてください。  □自立　　　　□Ⅰ　　　　□Ⅱ　　　　□Ⅲ　　　　□Ⅳ　　　　□M |

※上記の「障害高齢者の日常生活自立度」「認知症高齢者の日常生活自立度」は、介護保険主治医意見書と同様の

判断基準による。（裏面参照）

上記のとおり証明します

発行日　　　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関名

住　　　所

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

（※）自署でない場合は、記名押印してください。

務連絡

〇障害者控除対象者認定に関する主治医意見書の記入について

・障害者控除対象者認定のため、「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」「認知症高齢者の日

常生活自立度」の記入をお願いいたします。（下記参照）

【障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生活自立 | ランクJ | 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する |
| 準ねたきり | ランクA | 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない |
| 寝たきり | ランクB | 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上の生活が主体であるが座位を保つ |
| ランクC | １日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する |

【認知症高齢者の日常生活自立度判定基準】

|  |  |
| --- | --- |
|  | 判断基準 |
| ランクⅠ | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的はほぼ自立している。 |
| ランクⅡ | 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 |
| ランクⅢ | 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 |
| ランクⅣ | 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 |
| ランクM | 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 |

【担当】

福井市　介護保険課

住所　福井市大手3丁目10番1号

電話　0776－20－5715