医　師　意　見　書

本人記載欄	住　　所	大洲市	
	氏　　名		男　・　女
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日	歳

医師記載欄

上記の者は、注１＿＿＿＿年１２月３１日現在、下記の状態にあることを証明する。

注２＿＿＿＿年　　月　　日

医療機関名
所　在　地
医 師 氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

◆介護保険主治医意見書の障害高齢者の日常生活自立度
（寝たきり度）
☐　Ａ１・Ａ２の状態
☐　Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２の状態

◆介護保険主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度
☐　Ⅱａ・Ⅱｂの状態
☐　Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍの状態

※　いずれか該当するところに☑をつけてください。

◆　期間
＿＿＿＿＿年＿＿＿月頃より（継続期間＿＿＿年＿＿＿ヵ月間）

※　いつからその状態に至ったか、期間を記入してください。

注１　この日付は、死亡、出国以外は、原則として所得税申告の対象となる年の１２月３１日で記入してください。
注２　この日付は、※１以降の日付を記入してください。
※　この意見書を書いてもらうには、別途費用がかかります。