

医師証明書

年 月 日

千代田区福祉事務所長 様

医療機関名

医師氏名

㊞

対象者	住所			
	氏名			男・女
	生年月日	明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和	年 月 日	生（ 歳）

上記の者について、平成 年 月 日現在 下記の状態であることを証明する。

◇介護保険主治医意見書の障害高齢者の日常自立度

自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

◇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

自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

※ 該当するところに✓をつけてください

◇備考