

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

加東市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

下記の者を所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条及び地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条又は第7条の15の7に定める 障害者・特別障害者 として認定くださるよう申請します。

対象者	住 所		電話番号	
	介護保険被 保険者番号		性 別	男・女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	申請者との 続柄	
対 象 年		年申告分		
障害の 状況	要介護認定 の状況	要支援状態区分 1 2 要介護状態区分 1 2 3 4 5 有効期間（ 年 月 日～ 年 月 日）		
	精神の状況	1 日常生活に支障を来すような精神症状や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常時の介護を必要とする。 2 日常生活に支障を来すような精神症状や意思疎通の困難さが見られ、一部の介助を必要とする。 3 精神的には、特に支障なし。		
	身体の状況	1 6箇月以上臥床し、ほぼ全面的な介護を要するねたきり状態（ねたきりになった時期： 年 月頃） 2 日中は寝たり起きたりで、外出の頻度が少ない状態。 3 軽い身体障害はあるが、日常生活はほぼ自立しており、一人で外出ができる状態。 4 身体的には、特に支障なし。		

※申請時には、対象者の介護保険被保険者証を必ず提示してください。

※申請者は、上記に必要事項を記入のうえ、該当する番号に○印をつけてください。

認定にあたっては、要件確認のため必要に応じて、私の介護保険等の情報を市が調査することに同意します。

対象者氏名（自署） _____

代筆の場合 代筆理由 _____
代筆者氏名 _____ 続柄（ ） _____