様式第１号（第２条関係）

|  |
| --- |
| 年分所得申告用 |

障害者控除対象者認定申請書

　　年　　月　　日

たつの市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名

続柄（　　　　　　）

連絡先 （　　　　）　　　－

下記の者が所得税法施行令（昭和４０年政令第９６条）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に定める障害者又は特別障害者として、認定を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 介護保険被保険者番号 | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 住 所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 |  | | | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳、療育手帳及び身体障害者手帳の保有の有無  （※上記手帳をお持ちの方は、本申請の対象外です。） | | | | | | | | | | | | 有　・　無 | | | |

上記対象者の障害者控除対象者認定のために、たつの市長が介護保険の要介護認定に係る調査の内容及び医師の意見書の内容を閲覧することに同意します。

年　　月　　日

対象者氏名

（対象者が自署困難な場合は、本人に説明し理解を得たうえで代書記入してください。）

**（市記入欄）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者の年齢 | | ☐　対象者が６５歳以上である | | | | | |
| 状 態 区 分 | | 要支援１・要支援２・要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５ | | | | | |
| 認定の有効期間 | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 障害高齢者自立度 | | 正常　Ｊ１　Ｊ２ | | | Ａ１　　Ａ２ | | Ｂ１ Ｂ２ Ｃ１ Ｃ２ |
| 認知症高齢者自立度 | | 正常 Ⅰ Ⅱａ Ⅱb | | | Ⅲａ　　Ⅲｂ | | Ⅳ　　Ｍ |
| 認　定　結　果 | | 認定しない | | | 障害者に準ず | | 特別障害者に準ず |
| 課　長 | 主　幹 | 副主幹 | 係 長 | 係 員 | | 係 | 発行日 |
| 番　号 |