

# 障害者控除対象者認定申請書

大鰐町長 あて

申請年月日 年 月 日

申請者	住所	〒  電話番号 ( )
	フリガナ	
	氏名	
	対象者との関係	

所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の7に定める障害者控除対象者(障害者又は特別障害者)であることの認定を受けたく、下記対象者を申請します。

対象者(介護認定を受けている方)	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 0							
	住所	〒  電話番号 ( )							
	フリガナ		生 年 月 日						
	氏名		明・大・昭 年 月 日 ( ) 歳						

この認定に際し、介護保険法第27条第2項、第3項の規定に基づく認定情報を活用することに同意します。

対象者氏名 \_\_\_\_\_

(代筆者) \_\_\_\_\_

-----  
《確認欄》

介護保険被保険者証    認定調査票    主治医意見書

認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
介護度	要支援 1・2			要介護 1・2・3・4・5					
障害高齢者自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症高齢者自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
結果	障害者 (知的・身体)			特別障害者 (知的・身体)			非該当		
確認者1				確認者2					