

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

河津町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

印

対象者との関係 ()

電話番号

下記の者について、所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条第1項第7号および第2項第6号並びに地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条第7号および第7条の15の7第6号に定める障害者又は特別障害者の認定を申請します。

対 象 者	住 所		電 話	
	氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	被保険者番号		要介護状態区分 要介護(1 2 3 4 5)	認定対象年 (年)

認定に必要な上記対象者の要介護認定情報等を調査することに同意します。

対象者氏名

(代筆者氏名)

※【健康福祉課確認欄】 申請者等以下記入不要

要 介 護 認 定 情 報	要介護状態区分	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	認知症高齢者の日常生活自立度	主治医	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	IIa~IIIb…障害・知的障害(軽・中度)該当 IV以上…特別障害・知的障害(重度)該当
	認知症高齢者の日常生活自立度	調査票	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	IIa~IIIb…障害・知的障害(軽・中度)該当 IV以上…特別障害・知的障害(重度)該当
	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	主治医	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	A1・A2…障害・身体障害(3~6級)該当 B以上…特別障害・身体障害(1・2級)該当
	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	調査票	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	A1・A2…障害・身体障害(3~6級)該当 B以上…特別障害・身体障害(1・2級)該当
	ねたきり高齢者	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)C以上で、6ヶ月以上寝たきり状態		左記状態…ねたきり高齢者該当

判 定 票	認定区分	認定理由	チェック欄
	非 該 当	(1) 非該当	<input type="checkbox"/>
	障害者控除	(1) 知的障害者(軽度・中度)に準ず	<input type="checkbox"/>
		(2) 身体障害者(3級~6級)に準ず	<input type="checkbox"/>
	特別障害者 控 除	(1) 知的障害者(重度)に準ず	<input type="checkbox"/>
		(2) 身体障害者(1級、2級)に準ず	<input type="checkbox"/>
(3) 寝たきり高齢者		<input type="checkbox"/>	

確認者

※ 認定対象年基準日【12月31日】において、有効な認定記録を参照する。
対象年途中で死亡等により資格喪失した場合は、その日を基準日とする。