様式第１号（第４条関係）

障害者控除対象者認定申請書

大槌町長　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、

下記の対象者を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 介護保険被保険者番号 |  |
| 住　　所 | 電話番号　　　　（　　　）　　　　 |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | 　　　　　　年　　月　　日 |

この認定に際し、介護保険法第27条又は同法第32条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（本人署名）

------------------------------------------------------------------------------

≪担当課確認欄≫

|  |  |
| --- | --- |
| 認定有効期間 |  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 |  |