

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		