

障害者控除対象者認定申請書(令和 年分)

令和 年 月 日

海津市長 あて

申請者住所 _____

氏名 _____

次の者を、所得税法施行令（昭和 40 年政令第 96 号）第 10 条第 1 項第 7 号及び第 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 号及び第 7 条の 15 の 11 第 6 号に定める障害者・特別障害者として認定くださるよう申請します。

対象者	住所			
	氏名		性別	男・女
	生年月日	M T S 年 月 日	申請者との続柄	
障害の状況	精神の状況	該当する項目に、 <input checked="" type="checkbox"/> 印を記入してください。 <input type="checkbox"/> 常時介護を要する重度の知的障害の状況 <input type="checkbox"/> 外出時のみ介護を要する知的障害の状況 <input type="checkbox"/> 普通		
	身体状況	該当する項目に、 <input checked="" type="checkbox"/> 印を記入してください。 <input type="checkbox"/> 6 箇月以上臥床し、日常生活に支障のある寝たきり状態（寝たきりになった時期 年 月頃） <input type="checkbox"/> 寝たり起きたりの毎日で、寝こみがちの状態 <input type="checkbox"/> 歩行、起居動作が不自由で、外出困難な状態 <input type="checkbox"/> 外出可能であるが、介護を要する状態 <input type="checkbox"/> 普通		

障害者認定の要件を確認するため、必要に応じて、私の要介護認定情報等を海津市職員が調査することに同意します。

対象者氏名（自署）_____

市確認欄

認定調査日	平成・令和 年 月 日		
障害老人の日常生活自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
認知症老人の日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		
被保険者番号			
認定期間	~		
		承認	担当