

障害者控除対象者認定申請書

逗子市福祉事務所長

所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条及び地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条又は第7条の15の7に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたいので次のとおり申請します。

|                                                                                                                                              |      |                 |         |    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|---------|----|--|
| 申請者                                                                                                                                          | 住 所  |                 |         |    |  |
|                                                                                                                                              | 氏 名  |                 | 対象者との続柄 |    |  |
|                                                                                                                                              | 電話番号 | ( )             |         |    |  |
| 対象者                                                                                                                                          | 住 所  | 逗子市             |         | 性別 |  |
|                                                                                                                                              | 氏 名  |                 | 生年月日    |    |  |
| 申請理由                                                                                                                                         |      | 年分確定申告等を使用するため。 |         |    |  |
| なお、認定を申請するに当たり、対象者の介護認定に関する資料等の閲覧調査について同意します。                                                                                                |      |                 |         |    |  |
| 対象者署名 _____<br>(代筆[申請者] _____)<br>※対象者が自署できない場合、その理由<br><input type="checkbox"/> 病状等により、意思確認できないため<br><input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |      |                 |         |    |  |

※ 太線枠内に記入してください。

.....< 事務処理欄 >.....

|         |                                         |       |       |
|---------|-----------------------------------------|-------|-------|
| 被保険者番号  |                                         | 要介護度  |       |
| 有効期間    | 年 月 日 ~ 年 月 日                           |       |       |
| 認定調査日   | 年 月 日                                   | 最終診察日 | 年 月 日 |
|         | 寝たきり度                                   |       | 認知症   |
| 認定調査票   |                                         |       |       |
| 主治医意見書  |                                         |       |       |
| 申請者本人確認 | ・運転免許証 ・健康保険証 ・マイナンバーカード ・その他 ( _____ ) |       |       |