

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

文京区福祉事務所長 殿

住所 _____

申請者 氏名 _____

電話番号 _____

対象者との関係 _____

所得税法施行令第10条第1項第7号又は同条第2項第6号及び地方税法施行令第7条第7号又は第7条の15の7第6号に規定する、障害者控除の対象となる障害者又は特別障害者として認定を受けるため、以下のとおり申請します。

対象者	住所			電話		
	氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	介護保険被保険者番号		介護度	認定対象年 年		
本人の状況 (該当するものに○を付けてください。)		1 認知症 2 6ヶ月以上寝たきり(年 月 から) 3 その他()				
同意書(要介護等認定を受けている場合に限る。)						
障害者控除申請するに当たり、対象者の要介護認定に関する情報を調査・照会及び利用することに同意します。						
対象者氏名 _____ (代筆者氏名 _____)						

判 定 票 (担当課記入欄)

障害高齢者				認知症高齢者			
日常生活自立度(寝たきり度)	自立 J	A	B C	日常生活自立度	自立 I	II III	IV M
	非該当	普通	特別		非該当	普通	特別
知的障害者に準ずるもの	非該当	普通	特別	身体障害者に準ずるもの	非該当	普通	特別
総合判定	非該当 ・ 普通 ・ 特別 以上のとおり、判定しました。						担当者

(注) 1-判定は担当課で記入する。 2-総合判定は度数(級別)の最上位のものをもって認定する。