

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

真庭市福祉事務所長 様

申請者住所 〒
(送付先)
申請者氏名
対象者との続柄 ()
電話番号 (- -)

真庭市障害者控除対象者認定に関する規程第 2 条の規定より、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 号の規定に基づく障害者又は特別障害者としての認定を申請します。

対 象 者	住 所													性別	男 ・ 女	
	ふりがな													生年月日	年 月 日	
	氏 名															
	要介護認定の状況 (年 月 日 時点)	被保険者番号													介護度	要介護
		認定日	年 月 日													
		認定期間	年 月 日 ~												年 月 日	
		※年の途中で死亡している場合												死亡年月日	年 月 日	
申請理由		年分 所得税確定申告等を使用するため														

障害者控除対象者の認定に当たっては、要件確認のために必要に応じて対象者の介護保険等の情報を調査することに同意します。

対象者または申請者氏名

【保険者確認欄】

認 定 の 種 類	障 害 者	☐ 要介護 1 ・ ☐ 要介護2 ☐ 意見書 障害高齢者の日常生活自立度（ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2 ） ☐ 調査票 障害高齢者の日常生活自立度（ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2 ） ☐ 意見書 認知症高齢者の日常生活自立度（ Ⅲ a ・ Ⅲ b ・ IV ・ M ） ☐ 調査票 認知症高齢者の日常生活自立度（ Ⅲ a ・ Ⅲ b ・ IV ・ M ） ☐ 要介護 3 ☐ その他特別な事由（ ）	
	特 別 障 害 者	☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5 ☐ その他特別な事由（ ）	