

障害者控除対象者認定申請書

令和6年 月 日

入善町長 笹島春人 殿

申請者 住所

氏名

(対象者との続柄 )

電話番号 - -

下記の者を、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に定める障害者控除対象者（障害者・特別障害者）として、認定を申請します。

対象者	住所	入善町		性別	男・女
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
申請理由 (障害の状態)	1. 身体障害者に準ずる。 2. 知的障害者に準ずる。  (申請理由の主たるものに○印を付けてください。)				

私は、障害者控除対象者認定のために、入善町長が新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合より対象者に係る介護保険の要介護認定・要支援認定調査関係資料を取得し確認することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(対象者又は申請者)

町 処 理 欄	課長	係長	回 議	担当	認定 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない  令和6年 月 日
	要介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
	障害高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	認定区分	<input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 身体障害者（3～6級）に準ずる。 <input type="checkbox"/> 知的障害者（軽度・中度）に準ずる。 <input type="checkbox"/> 特別障害者 <input type="checkbox"/> 身体障害者（1級、2級）に準ずる。 <input type="checkbox"/> 知的障害者（重度）に準ずる。			