

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

入善町長 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 ☐ する ☐ しない
					令和 年 月 日
	要介護度		☐ 自立 ☐ 要支援 (☐ 1 ☐ 2) ☐ 要介護 (☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5)		
	障害高齢者自立度		☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2		
	認知症高齢者自立度		☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M		
	認定区分	☐ 障害者 ☐ 身体障害者（3～6級）に準ずる。 ☐ 知的障害者（軽度・中度）に準ずる。 ☐ 特別障害者 ☐ 身体障害者（1級、2級）に準ずる。 ☐ 知的障害者（重度）に準ずる。			