

障がい者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

黒部市社会福祉事務所長 宛

(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			性別	男・女
	氏名		生年月日		
	介護保険被保険者番号				
認定申請年	年				
申請理由 (障がいの状態)	1. 身体障害者に準ずる。 2. 知的障害者等に準ずる。 (申請理由の主たるものに○印を付けてください。)				

私は、障がい者控除対象者認定のために、黒部市社会福祉事務所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調査関係資料を取得し確認することに同意します。

氏名 _____
(対象者又は申請者)

窓口に来られた方	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外⇒下記も記入	
	住所 _____	電話番号 _____
	氏名 _____	申請者との続柄 _____

以下は記入しないでください

事務所処理欄	所長	課長	主幹	係長	回議	担当者	認定 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない 年 月 日
	要介護度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 (□1 □2) <input type="checkbox"/> 要介護 (□1 □2 □3 □4 □5)				
	障害高齢者自立度		<input type="checkbox"/> 自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C				
	認知症高齢者自立度		<input type="checkbox"/> 自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M				
	認定区分	<input type="checkbox"/> 障がい者	□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。				
		<input type="checkbox"/> 特別障がい者	□身体障害者（1級、2級）に準ずる。 □知的障害者（重度）に準ずる。				
	交付	<input type="checkbox"/> 郵送 (/) <input type="checkbox"/> 窓口 (/)					
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()						