

## 障がい者控除対象者認定申請書

令和 7 年 月 日

黒部市社会福祉事務所長 宛

確定申告をする人が申請者

(申請者)

住所 黒部市三日市 1301 番地

氏名 黒部 太郎

(対象者との続柄 子 )

電話番号 0765 - 54 - 2111

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	黒部市三日市 1301 番地		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	氏名	黒部 花子	生年月日	昭和 18 年 〇 月 〇 日	
	介護保険被保険者番号	0123456789			
認定申請年	令和 6 年	確定申告の対象年			
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〇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 黒部 太郎 または 花子

(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 checked="" type="checkbox"/> 申請者以外⇒下記も記入
	住所 黒部市三日市 000 番地 電話番号 0765-54-2502
	氏名 黒部 次郎 申請者との続柄 子

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 (〇1 〇2) <input type="checkbox"/> 要介護 (〇1 〇2 〇3 〇4 〇5)					
	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"/> C					
	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"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 身体障害者(2-C級)に準ずる <input type="checkbox"/> 特別障がい者 <input type="checkbox"/> 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"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証					