

年 月 日

酒田市福祉事務所長 宛

申請者 住所 〒

氏名 _____ (印)

(対象者との続柄: _____)

電話番号 _____

障害者控除対象者認定申請書

下記対象者を、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・特別障害者として認定されるよう申請します。

なお、障害者控除対象者認定申請の審査にあたり、下記対象者の介護認定に係る認定調査票等の関係資料を閲覧することに同意します。

対象者	住所	酒田市								性別	男・女
	フリガナ									生年月日	明治・大正・昭和
	氏名									年齢	年 月 日生 (満 歳) (※65歳以上)
	介護保険証	0	0	0	0					要介護度	非/支1・2/介/1・2・3・4・5

※以下、福祉事務所記載欄

	自立度		障害判定	判定日	認定期間	要介護度	審査会資料	
	身体	認知					期日	班
①			非・障・特障		～			
②			非・障・特障		～			
③			非・障・特障		～			

◎認定基準表

認知	身体	障がい高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)									
	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2		
認 日 知 常 症 生 高 活 自 立 者 立 の 度	自立	非該当									
	I	障がい者									
	IIa	特別障がい者									
	IIb										
	IIIa										
	IIIb										
IV											
M											