

障害者控除対象者認定申請書

平成 年 月 日

備前市福祉事務所長 様

(申請者) 住所_____

氏名_____印

続柄()

電話()

備前市障害者控除対象者認定事務取扱要綱第 3 条の規定により、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 条若しくは第 7 条の 15 の 11 の規定に基づく障害者又は特別障害者に準じる者としての認定を申請します。

対象者	住所				性別	男・女
	氏名			生年月日	明・大・昭	年 月 日
	要介護度	要支援 要介護	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
申請理由	年 所得税確定申告等に使用するため					
障害事由	障害者	要介護 1 ・ 要介護 2				
		意見書	障害高齢者の日常生活自立度(A2・B1・B2・C1・C2)			
		調査票	障害高齢者の日常生活自立度(A2・B1・B2・C1・C2)			
		意見書	認知症高齢者の日常生活自立度(a ・ b ・ ・ M)			
	調査票	認知症高齢者の日常生活自立度(a ・ b ・ ・ M)				
要介護 3						
その他特別な事由 ()						
特別障害者	要介護 4					
	要介護 5					
	その他特別な事由 ()					

上記申請は、平成_____年 12 月 31 日の現況による。

備前市が所有する要介護認定等に関する情報の閲覧又は必要に応じ実態調査に同意します。

(対象者氏名)_____印

(代理人氏名)_____印