

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

備前市福祉事務所長 様

(申請者) 住所 _____
 氏名 _____
 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7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	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	<input type="checkbox"/> 要介護1 ・ <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 意見書 障害高齢者の日常生活自立度(A2・B1・B2・C1・C2) <input type="checkbox"/> 調査票 障害高齢者の日常生活自立度(A2・B1・B2・C1・C2) <input type="checkbox"/> 意見書 認知症高齢者の日常生活自立度(Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M) <input type="checkbox"/> 調査票 認知症高齢者の日常生活自立度(Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M)				
		<input type="checkbox"/> 要介護3				
		<input type="checkbox"/> その他特別な事由()				
	特 別 障 害 者	<input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> その他特別な事由()				

※ 上記申請は、 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) _____

(代理人氏名) _____

※署名できない場合は記名・押印が必要です