

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

加 西 市 長 様

申請者 住所
氏名
電話

下記の者を所得税法施行令（昭和 40 年政令第 96 号）第 10 条に定める障害者としての認定について確認くださるよう申請します。

対 象 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	大正・昭和 年 月 日	申請者と の続柄	
障 害 の 状 況	要介護認定 の状況	○未申請・自立・要支援・要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） 認定の有効期間（ 年 月 日～ 年 月 日） ○その他参考事項（申請中・更新申請中）		
	精神の状態	1. 著しい精神症状や問題行動が見られる重度の知的障害の状態 2. 日常生活に支障をきたすような症状や行動がみられる知的障害の状態 3. 正常		
	身体の状態	1. 6 ヶ月以上臥床し、日常生活に支障があるねたきりの状態 2. 一日中ベッド上で過ごし日常生活に常に介助を要する状態 3. 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上の生活が主体であるが座位を保つことができる状態 4. 正常		
	障害の 発生時期	精神状況・・・ 年 月頃 身体状況・・・ 年 月頃		

※ 申請にあたっては上記太線内の対象者について必要事項を記入し該当項目の番号等に○を入れてください。

障害者控除対象者の認定にあたっては、要件確認のために必要に応じて、私の介護保険等の情報を市が調査することに同意します。

対象者氏名（自署）

〔 代筆の場合 代筆者氏名..... 続柄（.....）.....
代筆を要する理由..... 〕