

# 障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

福生市長 あて

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

対象者との続柄  
( 本人 ・ 扶養者 )

電話 \_\_\_\_\_

次の者について、所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条第1項第7号及び第2項第6号並びに地方税法施行令（昭和25条政令第245号）第7条第7号及び第7条の15の11第6号に規定する障害者・特別障害者として認定くださるよう申請します。

対象者	住所			性別	男・女
	氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
対象年	年分（ 年度分）				
対象者の状況	要介護認定の有無（ 有 ・ 無 ） 寝たきりになった時期 年 月頃 認知症が始まった時期 年 月頃				

## 同意書

上記申請に際し、介護認定申請にかかる訪問調査票及び主治医意見書その他必要な資料を関係各課から収集し調査することに同意します。

氏名（申請者） \_\_\_\_\_

以下は記入しないでください。

被保険者番号	
状態区分	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
認定日	年 月 日
認定期間	年 月 日～ 年 月 日
調査票(寝たきり度)	C 2 ・ C 1 ・ B 2 ・ B 1 ・ 非
意見書( 〃 )	C 2 ・ C 1 ・ B 2 ・ B 1 ・ 非
調査票(認知度)	M ・ IV ・ III b ・ III a ・ II b ・ II a ・ 非
意見書( 〃 )	M ・ IV ・ III b ・ III a ・ II b ・ II a ・ 非
調査事項	

認 定 結 果	障害者	<input type="checkbox"/> 知的障害者に準ずる
	特 別 障害者	<input type="checkbox"/> 身体障害者に準ずる
		<input type="checkbox"/> 知的障害者に準ずる
		<input type="checkbox"/> 寝たきり高齢者