

様式第1号(第3条関係)

障害者控除対象者認定書交付申請書

年 月 日

瀬戸内市福祉事務所長

様

〒 -

住所

申請者 氏名

電話番号続柄 : 対象者本人 代理人 相続人 後見人等

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 として認定を受けるため申請します。

対象者 (本人)	住 所	瀬戸内市											
	(ふりがな) 氏 名												
	生年月日	明治 昭和 大正 平成	年	月	日	(歳)					
介護保険被保険者番号													
同意欄	認定にあたり要件確認のため、私の介護保険等の情報を市福祉事務所が調査することに同意します。 対象者(本人)署名 : _____ 【記入必須】 (対象者が署名困難な場合は、同意を得た上で代筆) 代筆者(申請者)署名 : _____												
	対象者が 年 月 日死亡のため、同意を得ることができません。												
	委任欄	◎代理人のみ以下に記入 私は、申請及び認定書の受取りを、上記申請者(代理人)に委任します。 対象者(本人)署名 : _____ 【記入必須】 (対象者が署名困難な場合は、同意を得た上で代筆) 代筆者(申請者)署名 : _____											
		対象年	1.	年分	2.	年分	～	年分					

※以下は記入しないでください

受付時確認欄

申請者	確認書類等	申請者の身分証等	
<input type="checkbox"/> 対象者(本人)			
<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 委任状(委任欄)	<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> 障害者手帳
<input type="checkbox"/> 相続人	<input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> 戸籍 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 介護保険証
<input type="checkbox"/> 後見人等	<input type="checkbox"/> 登記 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> その他
受付方法	<input type="checkbox"/> 窓口(/) <input type="checkbox"/> 郵送(/)	受付者	

年 月 日時点の状況 判定票(担当課記入欄)

要介護認定資料	要介護状態区分			要介護認定有効期間		
	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5			年 月 日～年 月 日		
区分	障害高齢者(寝たきり度)			認知症高齢者(認知症度)		
	非該当	普通	特別	非該当	普通	特別
認定調査票	自立・J1・J2	A1・A2	B1・B2・C1・C2	自立・I	IIa・IIb・IIIa・IIIb	IV・M
主治医意見書	自立・J1・J2	A1・A2	B1・B2・C1・C2	自立・I	IIa・IIb・IIIa・IIIb	IV・M
判定	<input type="checkbox"/> 寝たきり高齢者該当 <input type="checkbox"/> 障害者該当 <input type="checkbox"/> 特別障害者該当 <input type="checkbox"/> 非該当					