

# 障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書

年 月 日

伊 東 市 長 様

住 所

申請者（署名でない場合は、記名＋押印をお願いします。）

氏 名

（続柄： ）

電 話

下記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たいので申請します。

対 象 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	M・T・S 年 月 日生	認定対象年	年分

障害者控除認定申請にあたり、要件確認のために必要に応じて、私の住民基本台帳、課税台帳、障害者手帳等の有無、及び介護保険法に基づく介護保険認定審査会資料を調査すること、並びに税務担当部署へ情報を提供することに同意します。

対象者（本人）署名

代筆 対象者との続柄（ ）

（対象者死亡の場合：申請者署名 ）

## ※事務処理欄

要介護度	認知症自立度	障害自立度	認定有効期間
1・2・3・4・5	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	～
<input type="checkbox"/> 要介護 1 以上かつ認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上…知的障害者（軽度・中度）に準ず。 <input type="checkbox"/> 要介護 1 以上かつ障害高齢者の日常生活自立度がA以上……身体障害者（3 級～6 級）に準ず。 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度がⅣまたはM……………知的障害者（重度）に準ず。 <input type="checkbox"/> 要介護 4 以上かつ障害高齢者の日常生活自立度がB以上……身体障害者（1 級～2 級）に準ず。 <input type="checkbox"/> 障害高齢者の日常生活自立度がCでかつ、6 か月以上寝たきり…寝たきり老人			