

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

関市社会福祉事務所長 様

(担当 高齢福祉課)

次のとおり、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条又は第7条の15の7に規定する 障害者
特別障害者 と
しての認定を申請します。

なお、障害者控除対象者の認定に当たり、申請者の介護認定に係る認定の結果、調査の内容及び主治医意見書の内容を利用することに同意します。

※太枠内に記入してください。

申請者 (対象者)	住所	関市											
	氏名												
	性別	男・女		被保険者番号									
	生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日							
申請書 記入者	氏名						続柄						
	電話番号	自宅				携帯							
市記入欄 普通 () 特別 ()	要介護度	介			認定有効期間				～				
	レベル	0	1		2				3				
	調査票	障害	自立	J1	J2	A1		A2		B1	B2	C1	C2
		認知	自立	I		II a	II b	III a	III b	IV		M	
	主治医	障害	自立	J1	J2	A1		A2		B1	B2	C1	C2
		認知	自立	I		II a	II b	III a	III b	IV		M	
		非該当			普通				特別				

※同レベルのときは、障害を優先する。認知（知的）が（1）、障害（身体）が（2）