様式第2号(第3条関係)

(表面)

障害者控除対象者認定申請書

年　　月　　日

　福智町長　　　　　　　　　　様

　所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の11に定める障害者・特別障害者としての認定を申請します。

　なお、認定された情報について目的外に使用しないことを誓約します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  | | |
| フリガナ |  | 性別 | 男・女 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 申請者  (本人以外の場合) | 住所 |  | | |
| フリガナ |  | 電話 |  |
| 氏名 |  |
| 本人との関係  (証明するものを提出ください) | □　対象者と生計を同一にする者(続柄：　　　　　) | | |
| □　三親等以内の親族(続柄：　　　　　　　　　　) | | |
| □　その他(関係：　　　　　　　　　　　　　　　) | | |

以下、本人との関係が「その他」の場合のみ記入ください。

対象者本人委任(本人が署名できない場合に限り本人の意思により代筆を認めます。)

　私は、上記申請者に福智町における障害者控除対象者認定申請を依頼し、私の下記認定情報を開示することに同意します。

・認定調査内容(概況調査・基本調査・特記事項)

・主治医意見書(医師の同意があるものに限る)

署名(本人)

(裏面)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付状況 | | | | | 受付者名 | |  |
| 受付番号 | 第　　　　号 | | | | 受付日 | |  |
| 申請者 | 1　本人による申請  2　代理人による申請(①同一世帯・三親等内　②その他) | | | | | | |
| 申請者確認欄 | 1 | □　介護保険証　　□　免許証　　□　健康保険証  □　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | |
| 2の① | □　住民票・戸籍　　□　健康保険証  □　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　)  □　提示なし　→　非該当 | | | | | |
| 2の② | □　本人との関係確認(資料等) | | | | | |
| 代理人確認 | | □　免許証　　　　□　健康保険証  □　職員証　　　　□　その他(　　　　)  □　提示なし　→　非該当 | | | |
| 処理状況 | | 処理者名 | |  | | | |
| 基準日の要介護認定有効期間 |  | | | | | | |
| 基準日の意見書状況 | 障害高齢者の日常生活自立度  (寝たきり度) | | □　J　　　□　A　　　□　B　　　□　C | | | | |
| 基準日の意見書状況 | 認知症高齢者の日常生活自立度  (認知症度) | | □　Ⅰ　　□　Ⅱ　　□　Ⅲ　　□　Ⅳ　　□　M | | | | |
| 6ヶ月前の認定調査状況 | 認定調査票  (基本調査)  「できない」 | | □2―2起き上がり　　　　　　　□2―3座位保持  □2―4両足での立位保持　　　　□2―5歩行  □2―6移乗　　□4―5排尿　　□4―6排便 | | | | |
| 認定結果 | □　非該当 | | 障害者 | | | □　知的障害者(軽度・中度)に準ずる | |
| □　身体障害者(3級～6級)に準ずる | |
| 特別障害者 | | | □　知的障害者(重度)に準ずる | |
| □　身体障害者(1級、2級)に準ずる | |
| □　ねたきり老人 | |
| 通知日 | | 年　　　月　　　日 | | | | |