

年分 障害者控除対象者認定申請書

千葉県八街市福祉事務所長 様

(申請日) 年 月 日

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 の認定を受けたいので申請します。

申請者	氏名		続柄	(対象者から見て)
	住所		電話番号	
対象者	氏名		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女
	住所		電話番号	

【市 記入欄】

認定年月日	年 月 日									
要介護状態区分	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5	
認定有効期間	年 月 日 ~					年 月 日				
【認定結果】	障害高齢者日常生活自立度 (1)					認知症高齢者日常生活自立度 (2)				
非該当	自立	J1	J2		自立			I		
障害者	A1		A2		IIa			IIb		
特別障害者	B1	B2	C1	C2	IIIa	IIIb	IV		M	

上記のとおり認定(障害者控除対象者認定書を交付)してよろしいか伺います。

課長	副主幹	主査	班員	取扱者