

(様式第 1 号)

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

玉野市社会福祉事務所長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 (_____)

対象者 (本人) との関係 (_____)

所得税法施行令 (昭和 4 0 年政令第 9 6 号) 第 1 0 条及び地方税法施行令 (昭和 2 5 年政令第 2 4 5 号) 第 7 条又は第 7 条の 1 5 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 (本人)	住 所	玉野市		
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	年 齢	歳
介護保険被保険者番号				
申 請 理 由		年 所得税確定申告等を使用するため		
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社会福祉事務所長が活用することに同意します。 対象者 (本人) 署名 _____ ※対象者 (本人) が署名困難な場合は、同意を得たうえで代筆 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 _____ ※対象者 (本人) が署名困難な場合は、同意を得たうえで代筆 代筆者 (申請者) 署名 _____		

※社会福祉事務所・長寿介護課 記入欄 (以下は記入しないでください)

申請者		確認書類	申請者の身分証等
☐ 対象者 (本人)			
☐ 親族			☐ マイナンバーカード
☐ 後見人等		☐ 登記事項証明書等	☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳
☐ その他 (代理人)		☐ 委任状 (委任欄)	☐ 介護保険証
要介護認定資料	障害者	☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 認定調査表 寝たきり度 (A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C 1 ・ C 2) ☐ 主治医意見書 寝たきり度 (A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C 1 ・ C 2) ☐ 認定調査表 認知症度 (IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M) ☐ 主治医意見書 認知症度 (IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M)	
		☐ 要介護 3	
	特別障害者	☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5	
審 査		非該当 ・ 障害者該当 ・ 特別障害者該当	

※上記申請は、 年 月 日の現況による。