様式第１号

障害者控除対象者認定申請書

平成　　年　　月　　日

遠野市

遠野市健康福祉の里所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　下記の者を、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８に定める障害者又は特別障害者として認定してくださるよう申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  | 性　別 | 男・女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　年　　月　　日 | 申請者との続柄 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 要介護度 | 要介護1 　要介護2 　要介護3 　要介護4 　要介護5 |
| 障害の状態 | 精神の状態 | 1　何らかの精神障害を有するが、日常生活は概ね自立の状態2　日常生活に支障をきたす精神障害が多少みられる状態3　日常生活に支障をきたす精神障害により介護が必要な状態4　常時介護を要する精神障害の状態 |
| 身体の状態 | 1　何らかの身体障害を有するが、日常生活は概ね自立の状態2　歩行、起居動作が不自由で介護なしで外出できない状態3　寝たり起きたりの毎日で、寝込みがちの状態4　６ヶ月程度以上臥床し、日常生活に支障のある寝たきり状態　　　（寝たきりになった時期　昭和・平成　　年　月　頃） |

※申請者は、障害の状態の該当項目の番号に○をすること。

　障害者控除対象者認定のために、上記対象者の介護保険の要介護認定における情報を市が確認することに同意します。

（対象者又は申請者）

氏　名