

## 障害者控除対象者認定申請書

佐久市福祉事務所長 様

年 月 日

所得税法施行令等に基づく障害者控除の対象者として認定の申請をします。

なお、認定にあたり対象者の介護認定情報を閲覧することに同意します。

使 者 (たのまれてきた人)	住 所						
	氏 名						
	電 話	(      )	申請者との関係				
申請者	住 所						
	氏 名						
	電 話	(      )	対象者との関係				
対象者	住 所						
	氏 名	(要介護度                      )					
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(      )	歳

(市役所処理欄)

被保険者番号(                      )

障害高齢者の日常生活自立度(身体障害者に準ず)

認定調査票	J	A1	A2	B1	B2	C1	C2
主治医意見書	J	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認定区分	非該当	障害者		特別障害者			
要介護度(参考)		1. 2. 3		4. 5			

認知症高齢者の日常生活自立度(知的障害者に準ず)

認定調査票	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
主治医意見書	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
認定区分	非該当	障害者				特別障害者	
要介護度(参考)		1. 2. 3				4. 5	

注1) 認定調査票と主治医意見書のランクが異なる場合には、介護度で判断すること。

注2) 要支援1および要支援2は非該当。

注3) 受付の際に必ず本人確認をおこなうこと。(運転免許証等)