

障害者控除対象者認定申請書

平成 年 月 日

遠軽町長 様

住 所 _____
 申請者
 氏 名 _____ 印

対象者との続柄 _____
 電話 _____

下記の者について、所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条並びに地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条及び第7条の15の11に定める障害者又は特別障害者としての認定を申請します。

対象者	住 所			
	ふりがな			
	氏 名	性 別	男 ・ 女	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）	申請者との関係	
	現 在 の 状 況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <input type="checkbox"/> 寝たきりの状態である 寝たきりになった時期 _____ 年 _____ 月 <input type="checkbox"/> 認知症の症状がある <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
認定にあたっては、要件確認のために、必要に応じて、要介護認定の情報等、遠軽町が保有する私の情報を利用することに同意します。 <p style="text-align: center;">対象者署名 _____</p> <p style="text-align: center;">(代理人) _____</p> <p style="text-align: center;">続柄 _____</p>				

※遠軽町記入欄（対象者65歳以上）

被保険者番号 及び有効期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	
区 分	認定調査	主治医意見書	
障害自立度	自・J A1・A2 B1・B2・C1・C2	自・J	A1・A2 B1・B2・C1・C2
認知症自立度	自・I IIa・IIb IIIa・IIIb・IV・M	自・I	IIa・IIb IIIa・IIIb・IV・M
判 定 結 果	特別障害者【寝たきり・身体・知的】・障害者・非該当		