

# 障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

遠軽町長様

住所 \_\_\_\_\_

申請者

氏名 \_\_\_\_\_

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		性別	男・女
	氏名			
	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。				
対象者署名 _____				
(代理人) _____				
続柄 _____				

※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							R 年 月 日 ~ R 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						