

§ 持っている手帳がありますか。 なし ・ あり＝下記に○印をして下さい。
 身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳 ・ 戦傷病者手帳

※ 上記を持っている場合、その手帳により障害者控除が受けられます。

障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書

(申請年月日) 令和 年 月 日

牧之原市福祉事務所長

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7に定める障害者控除対象者として認定を申請します。

申請者	住所		ふりがな氏名	
	電話番号		対象者との続柄	
対象者	住所		性別	男 ・ 女
	ふりがな氏名		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日
	被保険者番号		要介護状態区分	
	対象年		対象者が死亡又は出国している場合は、その年月日	

同 意 書

障害者控除対象者のために必要があるときは、要支援・要介護認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を閲覧することに同意します。

令和 年 月 日

<対象者氏名> _____

所管課記入

データ照合にチェック	認定書発行係にチェック	確認者	発行者
<input type="checkbox"/> 要介護認定者	<input type="checkbox"/> (長寿介護課)		
<input type="checkbox"/> 住所地特例(他市被保険者) ⇒ <input type="checkbox"/> 意見書等	<input type="checkbox"/> (相良窓口係)		
<input type="checkbox"/> 転入(6か月以内等) ⇒ <input type="checkbox"/> 意見書等	<input type="checkbox"/> (課)		
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
介護度	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5		
結果	障害者(知的・身体)、特別障害者(知的・身体)、非該当		