

障害者控除対象者認定書申請書

年 月 日

須崎市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (被保険者との続柄) \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

下記の者の、所得税法施行令第10条第1項第7号及び第2項第6号並びに地方税法施行令第7条第7号及び第7条の15の11第6号に規定する障害者控除対象者としての認定書の発行を申請します。  
尚、上記認定に係る関係機関への調査について、所管課長がこれを行うことに同意します。

対象者 被保険者氏名 \_\_\_\_\_ (本人)  
住 所 \_\_\_\_\_  
生年月日 明・大・昭 年 月 日 男 ・ 女

\_\_\_\_\_ ここから下は記入不要 \_\_\_\_\_

市記入欄

介護度 介護1 ・ 介護2 ・ 介護3 ・ 介護4 ・ 介護5

介護認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）

医師→自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 調査→自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2

認知症高齢者の日常生活自立度

医師→自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 調査→自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M