

伊予市障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

伊予市福祉事務所長 様

〒

住所

申請者 氏名

印 ※2

電話番号

対象者との続柄（ ）

所得税法施行令第 10 条又は地方税法施行令第 7 条若しくは第 7 条の 15 の 7 に定める障害者控除対象者（障害者又は特別障害者）であることの認定を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	住 所	伊予市			
	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日（ 歳）	障害者手帳 等の有無	有 ・ 無	
	対象年	年分	対象者が死亡又は出国している場合はその年月日 < 年 月 日 >		

障害者控除対象者の認定申請に当たり、要件確認のため必要に応じて、私の住民基本台帳、課税台帳、障害者手帳等の有無及び介護保険法に基づく介護認定審査会資料を調査すること、並びに担当部署へ情報提供することに同意します。

（代筆者 ） 対象者との関係（ ）

対象者（本人）署名

- ※1 介護保険被保険者証の写し、又は医師意見書（様式第 1 号の 2）を添付すること。
※2 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする事。
※3 申請日が認定基準日以前である場合は、要介護認定の有効期間内に認定基準日が含まれていること。

(市処理欄)

※対象年12月31日現在（死亡又は出国の場合は上記記載日）の状況を記入

●各種手帳の有無、及び介護自立度について

福祉課	☐ 手帳あり（身体・療育・精神 級）	☐ 手帳なし
長寿介護課	非該当 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5	自立度（ / ）

●認定調査票（特記事項）の 7. 日常生活自立度

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)

☐自立 ☐J1 ☐J2 ☐A1 ☐A2 ☐B1 ☐B2 ☐C1 ☐C2

認知症高齢者の日常生活自立度

☐自立 ☐I ☐IIa ☐IIb ☐IIIa ☐IIIb ☐IV ☐M

●要介護認定主治医意見書の「3. 心身の状態に関する意見（1）日常生活の自立度等」

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)

☐自立 ☐J1 ☐J2 ☐A1 ☐A2 ☐B1 ☐B2 ☐C1 ☐C2

認知症高齢者の日常生活自立度

☐自立 ☐I ☐IIa ☐IIb ☐IIIa ☐IIIb ☐IV ☐M

判定結果	☐ 特別障害者に準ず	☐ 障害者に準ず	☐ 非該当
------	-----------------------------------	---------------------------------	------------------------------

福祉課		長寿介護課	
確認	照会	確認	照会