様式第１号

障害者控除対象者認定申請書

　　令和　　年　　月　　日

福　津　市　長　　様

申請者住所

申請者氏名　　　　　　　　　　（自署または記名押印）

申請者電話番号

　下記の者を所得税法施行令（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７に定める（障害者・特別障害者）として認定してくださるよう申請します。

（注）　申請者は、該当項目の番号に○印をすること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 住　　所 |  | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | 介護保険  被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 申請者と の続柄 |  | | | | | | | | | |
| 要介護  状態区分 | 要介護　　１・２・３・４・５ | | | | | | | | | | | |
| 認定の  有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 使用目的 | | 年分以降の　所得税・市県民税申告のため | | | | | | | | | | | |
| 障　害　の 状　　　況 | 精神の状況 | １．常時介護を要する重度の知的障害の状況 | | | | | | | | | | | |
| ２．外出時のみ介護を要する知的障害の状況 | | | | | | | | | | | |
| ３．普通 | | | | | | | | | | | |
| 身体の状況 | １．６ヶ月以上臥床し、日常的に支障のある寝たきり状態 | | | | | | | | | | | |
| （寝たきりになった時期　　　　　　　　　　年　　　　　月頃） | | | | | | | | | | | |
| ２．寝たり起きたりの毎日で、寝込みがちの状態 | | | | | | | | | | | |
| ３．歩行、起居動作が不自由で外出困難な状態 | | | | | | | | | | | |
| ４．外出可能であるが、介護を要する状態 | | | | | | | | | | | |
| ５．普通 | | | | | | | | | | | |

認定にあたっては、要件確認のために必要に応じて、対象者の保険者（または前保険者）が保有する要介護・要支援認定情報等を介護保険係職員が調査することに同意します。

申請者氏名　　　　　　　　　　　（自署または記名押印）