

(宛先)松阪市福祉事務所長

(申請者) 住所 _____

氏名 _____

電話(_____ - _____)

障害者控除対象者認定書交付申請書

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 条の 15 の 7 に定める障害者として認定されたく申請します。

対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日	障害者手帳	有 ・ 無
	介 護 保 険 被保険者証番号		介 護 認 定	要支援・要介護
対象年	年分			

同意欄	認定にあたって、要介護認定情報等を確認することに同意します。障害事由の変更・消滅が生じた場合、その旨を速やかに報告します。
	(対象者) 氏名 _____
	(代筆者) 氏名 _____ (続柄) _____

※申請者氏名及び同意欄には、署名又は記名押印が必要です。

要介護認定確認欄	意見書確認欄		調査票確認欄		認定区分		
	日常生活自立度	認知症自立度	日常生活自立度	認知症自立度			
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I		非該当	
	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb		普通障害	
	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		特別障害	
年 月 日 から 年 月 日				担当			

本人確認書類	宛名コード	作成者
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証		
<input type="checkbox"/> その他 (_____)		

要介護認定確認欄	意見書確認欄		調査票確認欄		認定区分	
	日常生活自立度	認知症自立度	日常生活自立度	認知症自立度		
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I		非該当
	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb		普通障害
	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		特別障害
年 月 日 から 年 月 日				担当		

要介護認定確認欄	意見書確認欄		調査票確認欄		認定区分	
	日常生活自立度	認知症自立度	日常生活自立度	認知症自立度		
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I		非該当
	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb		普通障害
	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		特別障害
年 月 日 から 年 月 日				担当		

要介護認定確認欄	意見書確認欄		調査票確認欄		認定区分	
	日常生活自立度	認知症自立度	日常生活自立度	認知症自立度		
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I		非該当
	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb		普通障害
	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		特別障害
年 月 日 から 年 月 日				担当		

要介護認定確認欄	意見書確認欄		調査票確認欄		認定区分	
	日常生活自立度	認知症自立度	日常生活自立度	認知症自立度		
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I		非該当
	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb		普通障害
	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		特別障害
年 月 日 から 年 月 日				担当		