

# 障害者控除対象者認定申請書

(あて先) 福岡市\_\_\_\_\_福祉事務所長 様 年 月 日

次の者について、所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の7に定める障害者・特別障害者としての認定を申請します。

対象者 (申請者)	ふりがな	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	氏名		
	住所 〒 (電話 )	介護保険証の被保険者番号	
下記の該当する項目に☑をいれてください。 <input type="checkbox"/> 本認定調査に必要な要介護認定に係る資料の閲覧に同意します。 <input type="checkbox"/> 医師の診断書を添付します。			本人確認書類 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <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 ( )
目的	何年分の所得申告に必要なか記入して下さい。(最長5年前まで) ( 年分 )		

**\* 上記対象者のご遺族が申請する場合はご記入ください。**

ご遺族 (申請者)	ふりがな	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	氏名		
	住所 〒 (電話 )	対象者との続柄 ( )	
下記の該当する項目に☑をいれてください。 <input type="checkbox"/> 本認定調査に必要な要介護認定に係る資料の閲覧に同意します。 <input type="checkbox"/> 医師の診断書を添付します。			本人確認書類 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <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 ( )

**\* 対象者またはご遺族に代わって手続きを行う場合はご記入ください。  
(成年後見人による手続きの場合を含む)**

代行者等	ふりがな	本人確認書類	
	氏名	対象者との関係 ( )	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <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 ( )
	住所 〒	電話 ( )	
送付先	<input type="checkbox"/> 郵送を希望する。 <input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> ご遺族 <input type="checkbox"/> 代行者	<input type="checkbox"/> 窓口での交付を希望する。	

備考

以下、福祉事務所記入欄

				起案日	年	月	日	受付者	受付日
決裁	課長	係長	係員	決裁日	年	月	日		
				施行日	年	月	日		
<p>障害者控除対象者について、本書及び別紙のとおり、          認定 ・ 非該当 としてよろしいか。</p>									
				非該当	障害者控除			特別障害者控除	
			障害高齢者の日常生活自立度	J ・ A	B			C	
			認知症高齢者の日常生活自立度	I ・ II	III			IV ・ M	
			寝たきり					対象年の12/31時点で 6か月以上継続	