障害者控除対象者認定書交付（再交付）申請書

年　　月　　日

天童市長　様

　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）としての認定を下記により申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者  （要介護  認定者） | 認定年分  （税申告する年分） | 年分 | 介護保険  被保険者番号 | | |  |
| 住所 | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | 性　　別 | 男　・　女 | |
| 氏名 | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 【同意の署名】  私の介護保険法の規定による要介護認定資料等関係資料を閲覧することに同意します。  対象者  （要介護認定者）　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  死亡又は出国している場合は、その月日を記入してください。　　　　年　　月　　日死亡・出国 | | | | | | |
| 代筆者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄（　　　　　　　　　　） | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所　□対象者と同居 | 対象者との続柄　□代筆者と同じ  （　　　　　　　　　　　　　） |
| 氏名　□代筆者と同じ | 電話  （　　　）　　　― |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※市記入欄（記入しないでください。） | | | 年齢　　　　歳 | 発行番号　№ |
| 認定根拠 | 認定期間 | 平成　　　年　　　月　　　日　～　平成　　　年　　　月　　　日 | | |
| 介護度 | 要介護（　１　・　２　・　３　・　４　・　５　） | | |
| 自立度 | 認知症自立度（　自立 　Ⅰ　 Ⅱa　 Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ　Ｍ　） | | |
| 認定区分・理由 | | **□障 害 者**（①要介護１・２かつ認知症自立度Ⅱa以上、または②要介護３）  **□特別障害者**（要介護４・５） | | |