

様式第1号（第2条関係）

### 障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

常総市福祉事務所長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ ㊟  
対象者との続柄 ( )  
電話 \_\_\_\_\_

下記の者を所得税法施行令第10条第1項第7号又は同条第2項第6号及び地方税法施行令第7条第7号又は第7条の15の7第6号に定める障害者・特別障害者としての認定を受けたいので申請します。

対象者	住所			
	氏名		性別	男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	要介護・要支援認定	有・無	対象年	年分
認定に当たっては、要件確認のために必要に応じて、福祉事務所長が私の介護保険等の情報を利用することに同意します。				
対象者氏名（自署） _____ 対象者が自署困難な場合（代筆者氏名 _____）				

\* 市町村記入欄

判定基準	参考帳票	非該当	障害者	特別障害者
障害老人	主治医意見書	自立 J1 J2	A1 A2	B1 B2 C1 C2
	訪問調査票	自立 J1 J2	A1 A2	B1 B2 C1 C2
認知症老人	主治医意見書	自立 I	IIa IIb	IIIa IIIb IV M
	訪問調査票	自立 I	IIa IIb	IIIa IIIb IV M