

障害者控除対象者認定申請書

(宛先) 金沢市社会福祉事務所長

郵便番号 _____

住所 _____
申請者 _____

氏名 _____

電話番号 _____

続柄 (あなたは対象者の)
本人・配偶者・子・その他 ()

次の者は心身に障害がありますので、所得税等について障害者控除対象者の認定を申請します。

対象者	住所			
	氏名	男・女	生年月日	年 月 日
認定が必要な所得の年分				

なお、認定にあたり対象者の要介護認定に係る認定調査票の閲覧及び身体障害者手帳等の交付の有無について確認することに同意します。

対象者(申請者)氏名 _____
(署名又は記名・押印)
(対象者が認知症等で記入不能の場合は、申請者の署名又は記名・押印)

事務処理欄 (以下は記入不要です)

別紙のとおり 障害者・特別障害者 に準ずると認められるため、認定書を交付してよろしいか。

起案日 年 月 日
決裁日 年 月 日

課長	僚	担当	公印審査

介護保険被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

対象年											診断書	
要介護認定有効期間											記載日	年 月 日
											障害始期	年 月 日
認定調査票	障害	認知	障害	認知	障害	認知	障害	認知	障害	認知	対象年	
	B C	III IV	B C	III IV	B C	III IV	B C	III IV	B C	III IV	障害程度	
	A	II	A	II	A	II	A	II	A	II	知能軽・中度	障3~6級
判定	J	I	J	I	J	I	J	I	J	I	知能重度	障1・2級
	特・障・外	特・障・外	特・障・外	特・障・外	特・障・外	特・障・外	特・障・外	特・障・外	特・障・外	特・障・外	特・障・外	

転出日	年 月 日	手帳 交付有無	身体 精神 療育 その他 ()
死亡・出国日	年 月 日		交付年月日 年 月 日