第１号様式（第２条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年　　　月　　　日

（あて先）世田谷区

　　　　　　　福祉事務所長

住所

申請者　氏名

電話番号

　　次の者を所得税法施行令第１０条及び地方税施行令第７条又は第７条の１５の７に規定する障害者又は特別障害者として認定を受けたく申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　　所 | 世田谷区　　　　　　　　丁目　　　番　　　号 |
| ふりがな  氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日　　生　（　　　歳） |
| 心身の状況 | □認知症により介護を要し、知的障害者に準ずる状態  □加齢により介護を要し、身体障害者に準ずる状態  □6箇月以上臥床し、日常生活に支障がある寝たきり状態 |
| 障害者控除を受けようとする年 | | 年 |

（注）「心身の状況」欄は、該当する□にチェックしてください。

　上記申請にあたり、介護保険要介護認定に使用した主治医意見書・調査書の内容について、

世田谷区が確認することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者署名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代筆　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との関係（　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年齢  （65才上） | | 被保険者番号 | | 000 | |
| 有効期限 | |  | | | |
| 支　　介  1　2　３ ４　5 | | | 意見書 | | 調査書 |
| 障害自立度 | | |  | |  |
| 認知自立度 | | |  | |  |
| 入浴 | 1－10 | |  | |  |
| 排尿 | 2－5 | |  | |  |
| 排便 | 2－6 | |  | |  |
| 食事 | 2－4 | |  | |  |
| 特　　・　　普 | | | 身 ・ 知 ・ 寝 | | |
| 担当者 |  | | 確認者 | |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※対象者本人が自署できない場合、その理由

※区処理欄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□身体状況等により署名できないため

　　□病状等により意思確認できないため

　　□その他

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 課長 | 管理係長 | 地域支援  担当係長 | 担当 |
|  |  |  |  |