

障害者控除対象者認定申請書

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
対象者氏名		性別	男・女	年齢	歳
被保険者番号		※ 鹿屋市の介護保険被保険者の場合は、記入してください。			
住所	〒 (電話番号)				
申告の対象年	年分				
鹿屋市福祉事務所長 様					
上記対象者について、所得税法施行令第10条第1項第7号及び同条第2項第6号並びに地方税法施行令第7条第7号、第7条の15の7第6号、第46条及び第48条の7第2項に規定する障害者・特別障害者としての認定を申請します。					
令和 年 月 日					
申請者住所					
申請者氏名 (電話番号)					

※ 要支援認定・要介護認定に係る調査内容及び主治医意見書を閲覧することに同意します。

対象者（本人）署名

(代筆者) (続柄)
(代筆理由)

- 注1 介護保険の要介護認定を受けていない対象者については、認定ができない場合があります。その場合、別途医師の診断書等の提出を求め、対象者の身体状況について調査を行うこともあります。
- 2 介護保険の要介護認定と障害者認定は、別の基準で行われるため、介護保険の要介護認定を受けている者が、すべてこの対象とはなりません。

【市使用欄】

本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他()	代理人確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他()	判定資料	(障害・認知症)		
	1 主治医意見書 (.) 2 認定調査票 (.) 3 診断書 (.)						
認定結果	区分	認定内容		確認年月日	令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 障害者控除	<input type="checkbox"/> 知的障害者（軽度・中度）に準ずる。(Ⅱ、Ⅲ) <input type="checkbox"/> 身体障害者（3級～6級）に準ずる。(A)		認定年月日	令和 年 月 日		
				通知年月日	令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 特別障害者控除	<input type="checkbox"/> 知的障害者（重度）に準ずる。(Ⅳ、M) <input type="checkbox"/> 身体障害者（1級、2級）に準ずる。(B、C)		決裁責任者	回議	担当	
<input type="checkbox"/> 非該当	障害者に準ずる者として認められない。						