

## 障害者控除対象者認定申請書

年月日

(提出先)  
川越市社会福祉事務所長

郵便番号

申請者  
(税の申告をされる方)  
住 所  
フリ  
氏 名  
電話番号

下記の者を所得税法施行令（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・特別障害者として認定を受けたいので申請します。

◎申請者は、該当する項目に記入してください。

対象者	住 所				
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日 (歳)	申請者との続柄		
	障害者手帳等 (身体・療育・精神 ・戦傷病者手帳)	有 · 無 ※「有」の場合は申請できません	要介護認定	要介護 ( )	
	対象年	年分	対象者が死亡している場合はその年月日 (年 月 日)		

## 本人同意事項

私は認定に必要があるときは、介護保険法に基づく要介護認定に係る調査内容及び判定結果、及び住民基本台帳並びに障害認定に関する情報について市が調査することに同意します。

対象者氏名代筆者氏名 (続柄)

(注) 本人同意事項は、原則として対象者本人の署名とするが、都合により本人が記入できない場合、代筆によるものとする。

## [市記入欄]

対象年 (認定状況)	年	年齢要件 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 65歳未満(12月31日又は死亡日時点) 認定障:自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 調査票認:自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 認定期間 ~ (介・支)	主治医障:自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 意見書認:自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 認定 非該当・障害者・特別障害者
	年	年齢要件 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 65歳未満(12月31日時点) 認定障:自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 調査票認:自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 認定期間 ~ (介・支)	主治医障:自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 意見書認:自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 認定 非該当・障害者・特別障害者
	年	年齢要件 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 65歳未満(12月31日時点) 認定障:自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 調査票認:自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 認定期間 ~ (介・支)	主治医障:自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 意見書認:自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 認定 非該当・障害者・特別障害者
	年	年齢要件 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 65歳未満(12月31日時点) 認定障:自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 調査票認:自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 認定期間 ~ (介・支)	主治医障:自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 意見書認:自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 認定 非該当・障害者・特別障害者
	年	年齢要件 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 65歳未満(12月31日時点) 認定障:自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 調査票認:自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 認定期間 ~ (介・支)	主治医障:自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 意見書認:自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 認定 非該当・障害者・特別障害者
	交付状況	<input type="checkbox"/> 窓口(年月日) <input type="checkbox"/> 郵送(年月日)	