

年 月 日

東大和市長 殿

〒

住所

申請者 氏名

電話 ()

対象者との続柄 ()

障害者控除対象者認定申請書

所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の7に規定する障害者控除対象者としての認定を下記のとおり申請します。

記

| | | | | |
|--------------|---|---|------|-------|
| 対象者 | 介護保険 被保険者番号 | | | |
| | 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 電話番号 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 東大和市 電話 () | | |
| 対象時期 (※1) | _____年12月31日時点（いずれかに○：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5） | | | |
| | _____年12月31日時点（いずれかに○：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5） | | | |
| | _____年12月31日時点（いずれかに○：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5） | | | |
| | _____年12月31日時点（いずれかに○：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5） | | | |
| | _____年12月31日時点（いずれかに○：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5） | | | |
| 同意欄 (※2) | この申請に基づく認定のため、要介護認定又は要支援認定に係る情報について、東大和市長が確認することに同意します。 | | | |

- ※1：最大過去5年分まで申請可能です。年の途中で死亡した場合は、当該年分は死亡した日の状況となります。
- ※2：同意しない場合は、同意欄の文言を横線で消し、医師の意見書または診断書を添付してください。
- ※3：申請を行う方の本人確認書類等の提示（郵送の場合は写しの添付）をしてください。
- ※4：本人の親族が請求を行う場合は、本人との関係性を証明する書類（戸籍謄本等）を添付してください（本人と別居の場合に限る）。

市処理欄

| | | | | |
|---|----------------|------------|--------------|------------------------|
| 年 | 認定の有無・有効期間・介護度 | 有・無 | 年 月 日～ 年 月 日 | (要支援__ 要介護__) |
| | 寝たきり基準 | 自立・J・A・B・C | | 認知症基準 自立・I・II・III・IV・M |
| | 得点表 | 点 | | 認定 非該当・障害者・特別障害者 |
| 年 | 認定の有無・有効期間・介護度 | 有・無 | 年 月 日～ 年 月 日 | (要支援__ 要介護__) |
| | 寝たきり基準 | 自立・J・A・B・C | | 認知症基準 自立・I・II・III・IV・M |
| | 得点表 | 点 | | 認定 非該当・障害者・特別障害者 |
| 年 | 認定の有無・有効期間・介護度 | 有・無 | 年 月 日～ 年 月 日 | (要支援__ 要介護__) |
| | 寝たきり基準 | 自立・J・A・B・C | | 認知症基準 自立・I・II・III・IV・M |
| | 得点表 | 点 | | 認定 非該当・障害者・特別障害者 |
| 年 | 認定の有無・有効期間・介護度 | 有・無 | 年 月 日～ 年 月 日 | (要支援__ 要介護__) |
| | 寝たきり基準 | 自立・J・A・B・C | | 認知症基準 自立・I・II・III・IV・M |
| | 得点表 | 点 | | 認定 非該当・障害者・特別障害者 |