

様式第1号（第4条関係）

行田市介護保険要介護認定者に係る障害者控除認定申請書

年 月 日

行田市福祉事務所長

申請者 住 所  
氏 名  
続 柄  
電話番号

行田市介護保険要介護認定者に係る障害者控除対象者の認定に関する要綱第4条の規定により、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に規定する障害者又は特別障害者に準じるものとして、次の対象者に係る障害者控除対象者としての認定を申請します。

対 象 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	性 別	男・女
	基 準 年	年		

本市が、認定の際に、必要に応じて要件確認のため、要介護認定情報等を調査・確認することに同意します。

対象者氏名(自署)

(代筆の場合) 代筆者氏名

続柄

【処理欄】

介護保険被保険者番号		要介護度	要介護 ( )
要介護認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認 定 区 分	<input type="checkbox"/> 障害者に認定 <input type="checkbox"/> 特別障害者に認定 <input type="checkbox"/> 認定しない		