

障害者控除対象者認定申請書

杉並区長 宛

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	住所	電話番号 ()
	フリガナ	
	氏名	
	対象者との関係	

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に定める障害者控除対象者(障害者又は特別障害者)であることの認定を受けたく、下記対象者を申請します。

対象者(介護認定を受けている方)	介護保険被保険者番号	
	住所	電話番号 ()
	フリガナ	生年月日
	氏名	明・大・昭 年 月 日()歳

この認定に際し、介護保険法第27条第2項の規定に基づく調査による認定情報を活用することに同意します。

対象者氏名(本人署名)

《 介護保険課確認欄 》

No.

介護保険被保険者証 身分証明書 後見人 登記事項証明書

認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
障害高齢者自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症高齢者自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
結果	障害者(知的・身体) 特別障害者(知的・身体) 非該当
確認者 1	確認者 2