様式第１号（第３条関係）

障がい者控除対象者認定申請書

　　年　　月　　日

（あて先）八尾市福祉事務所長

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  | | | | | | |
|  | 氏名 |  | | | | | |  |
| 対象者との続柄 | |  | | | | | |
| 連絡先電話番号 | |  | － |  | － |  | |

　下記の者について、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に定める障がい者・特別障がい者としての認定を申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 八尾市 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏名 |  | | 生年月日 | 明治・大正・昭和  　　年　　月　　日 |
| 八尾市での  要介護認定 | 有 ・ 無 | （左記が「有」の場合）  介護保険被保険者番号 ： | | |
| 対象年 | |  | | | |

（本人同意事項）

障がい者控除対象者の認定にあたり、要件確認のために私（対象者）の要介護認定情報を調査及び照会することに同意します。

対象者本人氏名

（注意）１　本人同意事項は、原則として対象者本人による自署としますが、身体の状況等により自署できない場合は、対象者本人の同意を得たうえで代筆によるものとします。

２　要介護認定を受けていない方または、要介護認定情報を調査及び照会することに同意しない方は、医師の調査書（様式第２号）が必要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |  | |
| ※　事務取扱欄　（ 以下は記入しないでください。 ） | | | | | | | | |  | |
| 対象年 | 日常生活自立度 | | | 日常生活自立度（ねたきり度） | | | 調査書 | | |
| ① | 知的障がい者  に準ずる者 | 自立　Ⅰ | 非該当 | 身体障がい者  に準ずる者 | 自立　Ｊ | 非該当 | ねたきり | 非該当 | |
|  | Ⅱ | 障がい者 | Ａ | 障がい者 | 特別障がい者 | |
| Ⅲ Ⅳ Ｍ | 特別障がい者 | Ｂ Ｃ | 特別障がい者 |
| ② | 知的障がい者  に準ずる者 | 自立　Ⅰ | 非該当 | 身体障がい者  に準ずる者 | 自立　Ｊ | 非該当 | ねたきり | 非該当 | |
|  | Ⅱ | 障がい者 | Ａ | 障がい者 | 特別障がい者 | |
| Ⅲ Ⅳ Ｍ | 特別障がい者 | Ｂ Ｃ | 特別障がい者 |
| **判定** | | （ 要介護認定情報 ・ 調査書　）により  年において　 **非該当**・ 　**障がい者** ・ 　**特別障がい者**　 であると判定しました。  年において　 **非該当**・ 　**障がい者** ・ 　**特別障がい者**　 であると判定しました。 | | | | | | | |

※　判定は最上位のものをもって行う。

受付印