様式第1号（第2条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年　月　日

舟橋村長　殿

申請者　住　　所

　　　　氏　　名

　　　　電話番号

　下記の者を、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11に規定する障害者として認定を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  | 性別 | 男・女 |
| 氏名 |  | 申請者との続柄 |  | 生年月日 | 年　月　日 |
| 申請理由（障害の状態） | 1　身体障害者に準ずる。2　知的障害者に準ずる。　（申請理由の主たるものに○印を付けてください。） |

私は、障害者控除対象認定のために、舟橋村長が中新川広域行政事務組合より介護保険の要介護認定・要支援認定調査関係資料を取得し、確認することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　（対象者）氏　　名

※村処理欄

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護度 | □自立・□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 |
| 認定区分 | □障害者　　　□身体障害者（3～6級）に準ずる。　　　　　　　□知的障害者（軽度・中度）に準ずる。 |
| □特別障害者　□身体障害者（1、2級）に準ずる。　　　　　　　□知的障害者（重度）に準ずる。 |