

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

宇佐市長

あて

住 所

申請者氏名

印

電話番号

認定対象者との関係

所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条第1項第7号及び同条第2項第6号並びに地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条第7号及び第7条の15の8第6号に定める障害者又は特別障害者の認定を申請します。

認定対象者	住 所				
	フリガナ			性別	男・女
	氏 名				
	生年月日				
	身体障害者手帳	有・無	療育手帳	有・無	
	精神障害者保健福祉手帳	有・無	介護認定	有（要介護 ）・ 無	
障害の状況	身体の状況	1 6月以上臥床し、日常生活に支障のある寝たきりの状態 (寝たきりになった時期 年 月ごろ)			
		2 寝たり起きたりの毎日で、寝込みがちの状態			
		3 歩行、起居動作が不自由で、外出困難な状態			
		4 外出は可能であるが、介護を要する状態			
		5 普通			
	精神の状況	1 常時介護を要する重度の精神障害又は知的障害の状態			
		2 外出時のみ介護を要する精神障害又は知的障害の状態			
		3 普通			

※注意事項 該当する項目又は番号を○で囲んでください。

申請に係る同意事項	
この申請の障害の状況を確認するため、私の介護保険等の情報その他市が保有する関係情報を閲覧することに同意します。また、申請内容に変更が生じたとき又は障害者控除対象者としての認定を受けた場合で、その認定事由が消滅したときは、速やかにその旨を届け出ます。	
認定対象者氏名	印
※記入が困難なため（続柄 ）が代筆 代筆者氏名	
	印

診 断 書

（所得税法施行令及び地方税法施行令に基づく年齢65歳以上の障害者控除対象者認定用）

住 所	
氏 名	フカガナ
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日

- 1 身体状況（①～③のいずれか該当する項目の□にチェックを付けてください。）
- ① 身体上の障害の程度が身体障害者程度等級表の
 1級又は2級と同程度 3級～6級と同程度 7級と同程度又はそれ以下
- ② 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）
 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
- ③ 常に就床を要し、複雑な介護を要する状態
- 2 精神等の状況（①～③のいずれか該当する項目の□にチェックを付けてください。）
- ① 知的障害の程度が知的障害の障害程度判定基準（大分県、成人基準）の
 1度（最重度、A-1）と同程度 2度（重度、A-1）と同程度
 3度（中度、B-1）と同程度 4度（軽度、B-2）と同程度
- ② 精神上の障害により、事理を弁識する能力を欠く状況にある者と同程度
- ③ 認知症高齢者の日常生活自立度
 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
- 3 特記事項

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名
所在地
診療担当科名
医師名

印