

様式第1号(第4条関係)

年 月 日

対馬市福祉事務所長 様

(申請者)住所

氏名

電話番号 — —

対象者との続柄( )

障害者控除対象者認定申請書

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7第6号に定める障害者・特別障害者としての認定を申請します。

記

対象者	住所	対馬市	性別	男・女
	氏名		生年月日	年 月 日

認定に当たっては、要件確認のために必要に応じて、私の要介護認定情報等を市が調査・確認することに同意します。

対象者氏名 \_\_\_\_\_

(添付書類) 介護保険被保険者証等の写し

-----※市記入欄(以下は記入しないでください)-----

審査

調査票	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	認知高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> M

意見書	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	認知高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> M