

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

（宛先） 山県市福祉事務所長

申請者 住所

氏名

電話番号（ ） —

対象者との関係

障害者控除対象者の認定を受けたいので、山県市障害者控除対象者の認定に関する要綱第2条により、次のとおり申請します。なお、認定に当たり確認のため、必要に応じて介護保険の認定情報を市が調査することに同意します。

対象者	使用目的	年分の確定申告等	被保険者番号	
	住所		電話番号（ ） —	
	氏名		生年月日	年 月 日
	障害者手帳	有 ・ 無		

※申請者の本人確認書類の提示が必要です。

※申請者が対象者及びその同一世帯で生計を一にする親族以外の場合は本人の委任が必要です。

上記申請者を代理人と定め、申請に関する一切の権限を委任します。

（住所） _____ （氏名） _____

受付確認事項（以下、申請者は記載しないでください。）

受付印	運転免許証、パスポート、マイナンバーカード、健康保険証、 その他（ ） 記号番号等	
区分	認知症高齢者の日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）
非該当	自立・I	自立・J1・J2
障害者	IIa・IIb・IIIa・IIIb	A1・A2
特別障害者	IV・M	B1・B2・C1・C2
有効認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日	

備考

- 1 認知症高齢者の日常生活自立度及び障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）は、介護認定情報のうち、より重度の判定を採用する。
- 2 複数の区分に該当する場合は、特別障害者は障害者又は非該当に、障害者は非該当にそれぞれ優先して認定する。
- 3 区分が非該当に該当する場合は、非該当とする。
- 4 12月31日をまたぐ要介護認定期間保有者であること。