

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

宍粟市長 様

対 象 者	住 所			
	氏 名		被保険者番号	
	性 別		生 年 月 日	
認定を受けよう と す る 年		年 分		

※対象者本人が来庁される場合は、以下記載不要です。

窓口に来 られた方 (申請者)	住 所	TEL ()		
	氏 名		対象者との 続 柄	

上記対象者が、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 に定める障害者又は特別障害者であることを認定くださるよう申請します。

市記入欄

要 介 護 度	要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5
認定の有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
障害高齢者自立度	自立 ・ J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2
認知症高齢者自立度	自立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M
認 定 結 果	非該当 ・ 障害者に準ずる ・ 特別障害者に準ずる
委任確認	☐ 本人 ☐ 被保険者証 ☐ 委任状 ☐ 同一住民票内
申請者本人確認	☐ 運転免許証 () ☐ 個人番号カード ☐ 健康保険証 (後期 ・ 国保 ・ 社保) ☐ 介護保険証 ☐ その他 ()

課長	副課長	係長	係員	受付