

様式第 1 号（第 3 条関係）

障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書

年 月 日

豊川市社会福祉事務所長 殿

住 所

申請者 氏 名 (続柄：)
電 話 () -

下記の者を、所得税法施行令（昭和 4 0 年政令第 9 6 号）第 1 0 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 2 5 年政令第 2 4 5 号)第 7 条第 7 号及び第 7 条の 1 5 の 7 第 6 号に定める障害者又は特別障害者として認定してください。

なお、障害者控除対象者認定のために、介護保険要介護認定情報について市が調査することに同意します。

記

対象者	使用目的	年分 所得税等申告等	被保険者 番号	
	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
			性別	男 ・ 女
	障害者手帳等	有 () ・ (級) ・ 無	要介護度	

-----豊川市記入欄（以下は記入しないでください。）-----

要介護度	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J 1 ☐ J 2 ☐ A 1 ☐ A 2 ☐ B 1 ☐ B 2 ☐ C 1 ☐ C 2	
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M	
認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
障害者	☐ 知的障害者(軽度・中度)に準ず	☐ 身体障害者(3 級～6 級)に準ず
特別障害者	☐ 知的障害者(重度)に準ず	☐ 身体障害者(1 級、2 級)に準ず
特記事項		