

鳥羽市社会福祉事務所長 様

住所

申請者 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

次の者を、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11第6号に定める「障害者・特別障害者」として認定して下さるよう申請します。

対象者氏名					性別	男 ・ 女		
対象者住所					生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
介護認定の状況	要介護	1	2	3	4	5	被保険者番号	
障害の状況	身体 の 状 況	1 歩行が困難、または自力で衣服を着ることが困難な状態 2 6カ月以上臥床し、日常生活に支障のある寝たきり状態 (寝たきりになった時期 年 月 日頃) 3 歩行が著しく困難、又は自力で衣服を着ることが著しく困難な状態 4 普通						
	精神 の 状 況	1 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られるが、支援することで自立できる状態 2 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする状態 3 普通						

注 申請者は、障害の状況の該当項目番号に 印をすること。

介護保険証を確認しますので、必ず提示してください。

添付書類 身体障害者診断書・意見書(総括票)等が必要な場合があります。

障害者手帳等を所持されている方や住民税非課税の方は、申請の必要はありません。

認定にあたっては、要件確認のために必要に応じて、私の介護保険等の情報を市が調査・利用することに同意いたします。

本人氏名 _____

身体障害者診断書・意見書（ ）

総括表

氏名	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生	男・女
住所			
障害名（部位を明記）			
原因となった疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、疾病、先天性、その他（ ）		
疾病・外傷発生年月日	年 月 日 ・ 場 所		
参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）			
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日			
総合所見	〔将来再認定 要・不要〕 〔再認定の時期 年 月〕		
その他参考となる合併症状			
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。			
年 月 日			
病院又は診療所の名称			
所 在 地			
診療担当科名		科 医師氏名	印
身体障害者福祉法第 15 条第 3 項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入]			
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に			
・ 該当する （ 級相当）			
・ 該当しない			
注 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。			
2 障害区分や等級決定のため、改めてお問い合わせする場合があります。			