第1号様式(第4条関係)

年　　　　月　　　　日

(あて先)日野市長

　　　　　　　　　　　　　（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

　所得税法施行令第10条第1項第7号又は第2項第6号並びに地方税法施行令第7条第7号及び第7条の15の7第6号に規定する障害者控除対象者としての認定を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 住　所 | 日野市 | |
| ふりがな |  | 介護保険被保険者番号 |
| 氏　名 |  |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| 対象年 | 年分 | |
| 対象者が死亡又は出国されている場合は、その年月日（　　　　　年　　月　　日） | | |

上記対象者の障害者控除対象者認定のために、日野市長が介護保険の要介護認定に係る調査の内容及び医師の意見書の内容を閲覧することに同意します。

対象者氏名

**-----------------------------------------------------------------------------**

市記入欄

（対象者確認）　　　　　　　　□介護保険証（保険者が日野市以外の場合は写しを添付）

（申請者と対象者が異なる場合　□運転免許証　□医療保険証　□個人番号カード

　申請者確認）　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

(被保険者確認欄)

介護認定有効期間　　　　　　年　　　　月　　　　日～　　　年　　　　月　　　　日

認定日　　　　　　年　　　　月　　　　日

障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)

医師→自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2　調査→自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2

認知症高齢者の日常生活自立度

医師→自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M　　調査→自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M

認定要介護度（要介護　　　　）　　　　基準日　　　　　　年　　　月　　　日

＜　障害　・　特別障害　・　非　＞