

様式第1号（第3条関係）

滑川町特別障害者控除対象者認定申請書

平成 年 月 日

（あて先）

滑川町長

申請者 住所

氏名

㊞

本人との関係

電話番号

所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条第2項第6号及び地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条の15の8第6号に規定する特別障害者としての認定を申請します。

【控除対象者】

住 所											
氏 名（性別）	（ ）										
生 年 月 日	M・T・S 年 月 日										
介護保険被保険者番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

同 意 書

私は、特別障害者控除対象者認定のために、上記対象者の介護保険の要介護認定における情報を町が確認することに同意します。

対象者氏名 \_\_\_\_\_

(裏面)

保険者確認欄

療育手帳	有 ・ 無	A ・ ㊶
精神障害者保健福祉手帳	有 ・ 無	2級 ・ 1級
身体障害者手帳	有 ・ 無	2級 ・ 1級
戦傷病者手帳	有 ・ 無	特別項症から第3項症
原子爆弾被爆者援護法第11条第1項の規定		有 ・ 無
要介護状態区分	有 ・ 無	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
要介護認定日	年 月 日	
要介護認定期間	年 月 日から 年 月 日	
認定調査票	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	B1・B2・C1・C2
	認知症高齢者の日常生活自立度	IV ・ M
主治医意見書	障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	B1・B2・C1・C2
	認知症高齢者の日常生活自立度	IV ・ M