

周南市障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

（宛先）周南市福祉事務所長

申請者 住所 _____

氏名 _____

対象者との続柄（ ____ ） Tel _____

次の者について、所得税法施行令第10条第1項第7号又は同条第2項第6号及び地方税法施行令第7条第7号又は第7条の15の7第6号の規定による障害者又は特別障害者に準ずるものとして認定を受けたいので申請します。

なお、認定に当たっては、要件確認のため必要に応じて、対象者の介護保険等の情報を調査されることに同意します。

対象者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
介護保険の 認定状況	1 申請状況：未申請・申請中・ 認定済（認定年月日： 年 月 日） 2 要介護度：（要支援 ____）・（要介護 ____）	
障害の状況	身体障害 等の状況	1 6ヶ月以上臥床し、日常生活に支障のある寝たきりの状態 （寝たきりになった時期 年 月頃） 2 寝たり起きたりの毎日で、屋内で何らかの介助を要する状態 3 外出は可能であるが、介助を要する状態
	知的障害 等の状況	1 日常生活における基本的な動作（食事、排泄、入浴、洗面、着脱衣等）が困難で、介助を必要とする状態 2 失禁、異食、興奮、多寡動その他問題行動を有し、常時注意を必要とする状態 3 外出は可能であるが、日常生活に支障をきたす症状等が多少見られ、介助を要する状態