様式第1号(第3条関係)

(表面)

障害者控除対象者認定申請書

年　　月　　日

　国頭村長　　　　　　　　　　様

　所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の7に定める障害者・特別障害者としての認定を申請します。

　なお、認定された情報について目的外に使用しないことを誓約します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  | | |
| フリガナ |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏名 | 印 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　　年　　月　　日 | | |
| 申請者  (本人以外の場合) | 住所 |  | | |
| フリガナ |  | 電話 |  |
| 氏名 | 印 |
| 本人との関係  (証明するものを提出ください) | □　対象者と生計を同一にする者(続柄：　　　　) | | |
| □　三親等以内の親族(続柄：　　　　) | | |
| □　その他(関係：　　　　) | | |
| 申請理由 | 年分の所得税の申告に使用するため  　　　　　　　　年度分の市町村民税の申告に使用するため | | | |

対象者本人委任(本人が署名できない場合に限り本人の意思により代筆を認めます。)

　私は、国頭村における障害者控除対象者認定申請について、判断するために必要がある場合は、下記認定情報を利用することに同意します。

・認定調査内容

・主治医意見書

署名(本人)　　　　　　　　　　印

代筆者　　　　　　　　　　　　　印

(裏面)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付状況 | | | | 受付者名 | | |  |
| 受付番号 | 第　　　　　号 | | | 受付日 | | |  |
| 申請者 | 1　本人による申請  2　代理人による申請(①同一世帯・三親等内　②その他) | | | | | | |
| 申請者確認欄 | 1 | □　介護保険証　　　□　免許証　　　□　健康保険証  □　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | |
| 2の① | □　住民票・戸籍　　□　健康保険証  □　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  □　提示なし　→　非該当 | | | | | |
| 2の② | □　本人との関係確認(資料等) | | | | | |
| 代理人確認 | | | | □　免許証　　□　健康保険証  □　職員証　　□　その他(　　　　　)  □　提示なし　→　非該当 | |
| 処理状況 | | 処理者名 | | | |  | |
| 基準日の要介護認定有効期間 |  | | | | | | |
| 基準日の意見書状況 | 障害高齢者の日常生活自立度  (寝たきり度) | | □　J　　　□　A　　　□　B　　　□　C | | | | |
| 基準日の意見書状況 | 認知症高齢者の日常生活自立度  (認知症度) | | □　Ⅰ　　□　Ⅱ　　□　Ⅲ　　□　Ⅳ　　□　M | | | | |
| 6ヶ月前の認定調査状況 | 調定調査票  (基本調査)  「できない」 | | □2―2起き上がり　　　　　　　　□2―3座位保持  □2―4両足での立位保持　　　　　□2―5歩行  □2―6移乗　　　□4―5排尿　　　□4―6排便 | | | | |
| 認定結果 | □　非該当 | | 障害者 | | □　知的障害者(軽度・中度)に準ずる | | |
| □　身体障害者(3級～6級)に準ずる | | |
| 特別障害者 | | □　知的障害者(重度)に準ずる | | |
| □　身体障害者(1級、2級)に準ずる | | |
| □　寝たきり高齢者 | | |
| 通知日 | | 年　　　月　　　日 | | | | |