

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

東近江市長 様

私は、東近江市高齢者の障害者控除対象者認定書交付事務取扱要綱第3条の規定により、障害者控除対象者としての認定を申請します。

申請者	住 所			
	氏 名		対象者との関係	
対象者	住 所		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日
申告欄	<input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 特別障害者		対象年	

※上記の申告欄にチェックがない場合は、障害者及び特別障害者の両方で審査及び判定を行い認定します。

同 意 書 上記申請者に私の障害者控除対象者認定書（障害者控除対象者不認定通知書）を交付することに同意します。 年 月 日 (対象者) 氏 名	
--	--

(市記載欄)

判 定 基 準	障 害 者		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅱ又はⅢ
	特別障害者		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅳ又はM 障害老人の日常生活自立度判定基準B又はC
	該当しない		

※ 該当する項目に○印を付すること

< 年分 >

被保険者番号		認定期間	～	受付
	主治医	調査員		
寝たきり度			6ヶ月以上 有・無	確認
認 知 度				
記 入 日				

来庁者 1 申請者と同じ : TEL

2 申請者と異なる: 住所 〒

氏名

TEL

来庁者確認: 運転免許証・保険証・その他 ()

※認定書の送付先は申請者になります。来庁者宛（申請者と来庁者が異なる場合）に送付希望の場合、下記記載いただくよう説明してください。

受領に関する委任 認定書の送付については、上記来庁者へ送付いただくようお願いいたします。 令和 年 月 日 申請者	
---	--