障害者控除対象者認定申請書

　　年　　月　　日

中野区福祉事務所長　あて

|  |  |
| --- | --- |
| １ | **申　請　者（税控除申告者）** |
|  | 住　所 |  |
| 　 |  |

　　**☐　上記１の申請者（税控除申告者）と同じ⇒⇒２の住所氏名は記入不要。※のみ記入。**

|  |  |
| --- | --- |
| ２ | **障　害　者　控　除　対　象　者** |
|  | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| ※ | 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 申告年度 | 令和　　年分税申告(その年の**12月31日時点の**状況を確認します。) |
| 介護保険被保険者番号 | ※他自治体で介護保険を受給中の場合は自治体名を記載(　　　　　　　　市・区・町・村) |

|  |  |
| --- | --- |
| ３ | **申　請　代　理　人** |
|  | 住　所 |  |
| 　 |  | 続柄 |  |
| 電　話 |  |

～・～・～・～・～・～・～　　以下、区処理欄　　～・～・～・～・～・～・～・～

介護保険認定有効期間　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日

　　　　障害高齢者自立度　　　　　自立　　J1　　J2　　A1　　A2　　B1　　B2　　C1　　C2

　　　　認知症高齢者自立度　　　　自立　　Ⅰ　　Ⅱa　　Ⅱb　　Ⅲa　　Ⅲb　　Ⅳ　　M

　　　　認定調査実施日　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 介護・高齢者支援課 | 障害福祉課 |
| 証明日 | 回答者 | 発行日・番号 | 発行者 |
| 　　　月　　日 |  | 　月　　日第 号 |  |