

様式第1号（第3条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

小野市長 様

申請者 住所  
氏名

下記の者を所得税法施行令（昭和40年政令第96条）第10条及び地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条又は第7条の15の7に定める 障害者・特別障害者 として認定くださるよう申請します。

対象者	住 所	(TEL )		
	介護保険被 保険者番号		性 別	男 ・ 女
	氏 名			
	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和	申請者との 続柄	
障害 の 状況	要介護認定 の状況	<input type="checkbox"/> 未申請・非該当・要支援・要介護（1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 認定の有効期限（ 年 月 日～ 年 月 日） <input type="checkbox"/> その他参考事項（申請中・更新申請中）		
	精神の状況	1. 日常生活に支障を来たすような精神症状や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常時の介護を必要とする。 2. 日常生活に支障を来たすような精神症状や意思疎通の困難さが見られ、一部の介助を必要とする。 3. 精神的には、特に支障なし		
	身体の状況	1. 6ヶ月以上臥床し、ほぼ全面的な介護を要するねたきり状態（ねたきりになった時期： 年 月頃） 2. 日中は寝たり起きたりで外出の頻度が少ない状態 3. 軽い身体障害はあるが、日常生活はほぼ自立しており、一人で外出ができる状態 4. 身体的には、特に支障なし		

\*申請時には、対象者の介護保険被保険者証を必ず提示してください。

\*申請者は、上記の該当する番号に○印をつけてください。

認定にあたっては、要件確認のため必要に応じて、私の介護保険等の情報を市が調査することに同意します。

対象者氏名（自署）

代筆の場合 代筆理由

代筆者氏名

続柄（ ）

様式第2号（第6条関係）

障害者控除対象者認定書

第 号  
年 月 日

（申請者）

様

兵庫県小野市長

印

下記の者を所得税法施行令（昭和40年政令第96条）第10条及び地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条又は第7条の15の7に定める 障害者 ・ 特別障害者 として認定する。

対象者	住 所			
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	被保険者番号		生年月日	
障 害 状 況				

注（1）上記の認定は 年12月31日現在の現況による。

（2）申請者は、対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合、すみやかに認定を受けた市長にその旨を報告しなければならない。

様式第3号（第6条関係）

障害者控除対象者非該当通知書

第 号  
年 月 日

（申請者）

様

兵庫県小野市長

印

年 月 日付で申請のありました下記の者に係る所得税法施行令（昭和40年政令第96条）第10条及び地方税法施行令（昭和25年政令第245条）第7条又は第7条の15の7に定める障害者控除対象者の認定に関しましては、非該当となりましたので通知します。

対象者	住所			
	氏名		性別	男・女
	被保険者番号		生年月日	
非該当理由	介護保険認定情報等において下記の事項（該当項目に○）について確認できないことによる。 1. 症状固定（6ヶ月以上障害が継続している）が確認できないため 2. 障害の状態が次の（1）～（3）に該当することが確認できないため （1）障害者（重度）に準ずること （2）知的障害者（軽度・中度）に準ずること （3）ねたきり高齢者 3. その他			

