

障害者控除対象者認定申請書

令和6年8月1日

(あて先) 小松市長

(申請者)

申請者:対象者ご本人やご家族など税申告(確定申告・市県民税申告)する方です。証明書は後日申請者に郵送します。

Table with 2 columns: Field Name, Value. Fields include 郵便番号 (〒 923-8650), 住所 (小松市小馬出町91番地), 氏名 (小松 太郎), 続柄 (子), 電話番号 (0761-00-0000).

対象者:「満65歳以上」で、「小松市介護保険の被保険者」の方です。障害者もしくは特別障害者として認定申請をする方となります。

↑申請者欄で記入されたものと同じであれば「同上」も可能です。

第7条第1項第1号の1に定める障害者・特別障害者

(対象者)

Main application form table with fields for 住所 (小松市土居原町710番地), 氏名 (小松 花子), 生年月日 (昭和10年1月1日), 介護保険被保険者番号 (1-0), and 申告する所得 (令和5年1月1日～令和5年12月31日分の所得※).

対象者本人がご署名ください。やむを得ない理由で代筆や記名をする場合は必ず対象者の同意を得たうえで記入し、対象者の印を押してください。

過去にさかのぼって申告する場合は以下の例を参考にご記入ください。(例)令和3年から令和5年の所得を申告する場合。令和3年1月1日～令和5年12月31日の所得

申請者に情報を提示すること、また介護認定を受けている場合、介護認定に係る主治医意見書の情報を市が確認することに同意します。

対象者 氏名 印 (代筆もしくは記名の場合のみ押印ください。)

様式第2号の2（第2条関係）

事務処理欄（この欄は、記入しないでください。）

年分

	身体障害	知的障害		寝たきり	
障害者控除	3級～6級に準ずる	軽度・中度	Ⅱ	準寝たきり	A
特別障害者控除	1級～2級に準ずる	重度	Ⅲ Ⅳ M	寝たきり	B C
添付書類	指定医の証明(様式第3号)	要介護非認定の人は医師の証明書（様式第3号）			

年分

	身体障害	知的障害		寝たきり	
障害者控除					A
特別障害者控除					C
添付書類					号)

年分

障害者控除					
特別障害者控除					C
添付書類					号)

年分

	身体障害	知的障害		寝たきり	
障害者控除	3級～6級に準ずる	軽度・中度	Ⅱ	準寝たきり	A
特別障害者控除	1級～2級に準ずる	重度	Ⅲ Ⅳ M	寝たきり	B C
添付書類	指定医の証明(様式第3号)	要介護非認定の人は医師の証明書（様式第3号）			

年分

	身体障害	知的障害		寝たきり	
障害者控除	3級～6級に準ずる	軽度・中度	Ⅱ	準寝たきり	A
特別障害者控除	1級～2級に準ずる	重度	Ⅲ Ⅳ M	寝たきり	B C
添付書類	指定医の証明(様式第3号)	要介護非認定の人は医師の証明書（様式第3号）			

こちらの面は事務処理用のため、  
ご記入は不要です。