様式 1

障害者控除対象者認定申請書

令和　　年　　月　　日

角田市長　殿

（申請者）住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との続柄

氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）

電話番号 ＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿

下記の者を、所得税法施行令（昭和４０年政令第９６号）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に定める障害者又は特別障害者として認定されるよう申請します。

<table>
<tr><td rowspan="4">対象者</td><td>住　　所</td><td colspan="3">角田市　　字</td></tr>
<tr><td>介護被保険者番号</td><td>０２００</td><td>性　別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>フ リ ガ ナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">大正・昭和
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">対象者
の状態</td><td>身 体 の
状　　態</td><td colspan="3">1　６ヶ月以上（　　年　　月頃から）寝たきりの生活で、ひとりでは何もできない。
2　ほとんど寝たきりであるが、一部の介助があればお座り程度はできる。
3　家の中だけの生活で、ひとりでは外に出られない。
4　杖、介助等があれば外出は可能である。
5　その他病歴等（　　）</td></tr>
<tr><td>精 神 の
状　　態</td><td colspan="3">1　生活に影響が出ているので、高度の認知症だと思う。
2　生活に影響が出ているが、まだ軽度の認知症だと思う。
3　生活に影響は出ていないが、何となくおかしいと思う。
4　その他（　　）</td></tr>
</table>

（注）申請者は、対象者の状態について該当する項目の番号に○をつけてください。