

係員	係長	課長	起案	年	月	日
			対象者本人、本人を扶養している方、法定代理人	月	日	
本申請				月	日	

—
---

障害者控除認定書を発行(する・しない)。

## 障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

墨田区福祉事務所長 あて

申請者 (確定申告者)	住所	墨田区吾妻橋1-23-20	申請者の方でなくても連絡のつく電話番号で構いません。		
	フリガナ	スミダ タロウ	対象者との続柄	子	
	氏名	墨田 太郎			
	自宅電話	〇〇-〇〇〇〇	携帯電話	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

障害者控除等対象者	住所	墨田区 吾妻橋1-23-20				
	フリガナ	スミダ ハナコ	該当するものにチェックしてください	性別	男・女	
	氏名	墨田 花子				
	生年月日	昭和〇年 ○月 ○日(〇〇歳)				
	本人の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他( )				
使用目的	令和 7 年分所得税申告・ 令和 8 年度分特別区民税・都民税申告のため					
障害者控除を受けようとする年を記入してください		【同意欄】				
支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を墨田区福祉事務所が利用することに同意します。						
対象者氏名 墨田 花子						
要介護認定を受けている方						

※ 以下は記入しないでください。

対象者の状況(単年分申請用)							
日常生活	認知	自立	I	II a-b	III a-b	IV M	
自立度	身体	自立	J	A	B	C	
介護度	要支援1 要介護		要支援2		要介護5		
基本調査	起き上がり	記入不要です					
	歩行	できない					
	洗身	自立	できない				
	食事摂取	自立	助				
	排尿	自立	行っていない				
	排便	自立	介助				
認定期間	年	月	日から	年	月	日まで	
判定結果	障害者(知的・身体)に該当		特別障害者(知的・身体・寝たきり)に該当				
確認者	高齢者福祉課		氏名				