

※ 年 月 日受付

障害者控除対象者認定申請書

認定を受けようとする者 (対象者)	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏名			
	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和	満 歳	
	住所	〒 大崎上島町 番地 (電話) -		
日常生活状況等 該当項目の番号 を○で囲むこと。	1 杖等を使用すれば、時間がかかっても自分で歩くことができる。			
	2 付き添いが手や肩を貸せば、歩くことができる。			
	3 歩行不可能(ねたきり)である。(平成 年 月以降継続)			
	4 スプーン等を使用すれば、自分で食事ができる。			
	5 スプーン等を使用し、一部介助すれば食事ができる。			
	6 寝たままで、食べさせなければ食事ができない。			
	7 自分で便所に行くことができる。			
	8 誘導すれば、自分で便所に行くことができる。			
	9 介助があれば簡易便器でできる。			
	10 時々失禁する。			
	11 常に失禁する。			
	12 自分で入浴できる。			
	13 自分で入浴できるが、洗うときだけ介助を要する。			
	14 浴槽の出入りに介助を要する。			
	15 自分で入浴できないのですべて介助を要する。			
	16 自分で衣服の着脱ができる。			
17 手を貸せば衣服の着脱ができる。				
18 自分で衣服の着脱ができないので、すべて介助を要する。 ～「ねたきり」の方は、以上の記述で終了～				
19 衣服等を糞尿で汚す。				
20 場所をかまわず放尿、排便する。				
21 糞尿をもてあそぶ。				
22 タバコ等の火の不始末がある。				
23 常に火をもてあそぶ。				
24 自分の衣服を裂き、破く。				
25 自分の身体を傷つける。				
26 自殺を図る。				
27 家中をあてもなく歩き回る。				
28 屋外をあてもなく歩き回る。				
29 時には興奮し、騒ぎ立てる。				
30 しばしば興奮し、騒ぎ立てる。				
31 いつも興奮している。				
32 乱暴なふるまいをする。				
33 他人に暴力をふるう。				

(様式第 2 号)

		課 長	主 幹	課長補佐	係 長	係 員	公印承認
健 康 状 況	主な病気 (障害)	病 名 (障害名)			発病 (発生) 年月日		
	主 治 医	医 療 機 関 名			医 師 氏 名		
所得税法施行令第 10 条及び地方税法施行令第 7 条又は第 7 条の 15 の 11 に定める 障害者・特別障害者としての認定を申請します。( 年 月 日現在)							
日常生活状況等の確認方法 (以下の項目のいずれか一つを○で囲んでください。)							
1 要介護認定に係る資料 (下記の同意欄へ記入してください。)							
2 医師の診断書							
年 月 日							
(申請者) 住 所 _____							
氏 名 _____							
認定を受けようとする者との続柄 ( )							
大 崎 上 島 町 長 様							
※ 認 定	年 月 日			※ 備 考			
該当 ・ 非該当							
認定にあたっては、私の介護保険要介護認定に係る資料を町が利用することに同意いたします。							
本人氏名 _____							

(注)

- ※欄は、記入しないでください。
- 要介護認定に係る資料を町が利用することに同意される場合は、医師の診断書の添付は必要ありません。(本町において、現在、要介護認定又は要支援認定を受けている場合に限る。)