厚木市障害者控除対象者認定要綱

（趣旨）

第１条　この要綱は、所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条第１項第７号及び第２項第６号並びに地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第７条第７号及び第７条の15の７第６号の規定による障害者控除対象者の認定について必要な事項を定める。

（認定申請）

第２条　障害者控除対象者の認定を受けようとする者は、障害者控除対象者認定申請書（第１号様式。以下「申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

（認定審査）

第３条　市長は、申請書の提出があったときは、対象者の状況を調査し、次の各号に掲げる区分に応じて、当該各号に定める基準等に基づき認定するものとする。

(1) 介護保険法（平成９年法律第123号）第27条の規定による要介護認定を受けた者　別表に定める要介護度及びその認定資料における日常生活自立度に関する基準

(2) 前号に該当しない者で、知的障害者に準ずるもの　精神科医が作成する障害者控除対象者認定に係る診断書

(3) 第１号に該当しない者で、身体障害者に準ずるもの　身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第１項に規定する医師が作成する障害者控除対象者認定に係る診断書

（交付等）

第４条　市長は、審査の結果、障害者控除対象者に該当すると認めるときは、申請者に障害者控除対象者認定書（第２号様式）を交付するものとする。

２　市長は、審査の結果、障害者控除対象者に該当しないと認めるときは、その旨を申請者に通知するものとする。

（認定期間）

第５条　市長は、過去の要介護認定資料等により、過年分の状況について第３条の認定をすることができるときは、その過年分について認定することができるものとする。

附　則

この要綱は、平成19年７月１日から施行する。

附　則

この要綱は、平成29年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は、令和５年２月23日から施行する。

別表

認定区分	準じる障害の種類及び程度	要介護認定基準等	
		要介護度	自立度
特別障害者	知的障害者（重度）	３以上	Ⅲa以上
	身体障害者（１級・２級）	４以上	Ｂ２以上
障害者	知的障害者（軽度・中度）	１以上	Ⅱa以上
	身体障害者（３級～６級）	１以上	Ａ１以上

備考

１　要介護度及び自立度の認定基準のいずれも満たすものとする。

２　知的障害者に準じる者の認定に使用する自立度は、要介護認定資料のうち、主治医意見書又は認定調査票の認知症高齢者自立度とする。

３　身体障害者に準じる者の認定に使用する自立度は、要介護認定資料のうち、主治医意見書又は認定調査票の障害高齢者自立度（寝たきり度）とする。

第１号様式（第２条関係）　　年　　月　　日

障害者控除対象者認定申請書

（宛先）厚木市長

申請者　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
続　　柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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／特別障害者　としての認定について申請します。

対象者	住　　所		性　　別	男　・　女
	氏　　名		生年月日	明治・大正・昭和 年　　月　　日
障害の状況	要介護状態区分：　要介護　１・２・３・４・５ 認定の有効期間：　平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 介護保険被保険者証番号：（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）			
認定に当たり、私の介護保険要介護認定資料を調査確認することに同意します。 ①対象者氏名　　（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ②自署困難なため①を代署　（代署者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）				
備考				

注　(1)　申請者は、太線内のみ記入してください。
　　(2)　申請者は、対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合は、速やかに認定を受けた市町村長にその旨を報告してください。

第２号様式（第４条関係）　　年　　月　　日

障害者控除対象者認定書

様

厚木市長　山　口　貴　裕

次の者を、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）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。

<table>
<tr><td>申 請 者</td><td>住　　所</td><td colspan="2"></td><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">対 象 者</td><td>住　　所</td><td colspan="2"></td><td>性　　別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>明治・大正・昭和
年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">障害理由</td><td>障 害 者</td><td>1</td><td>知的障害者
(軽度･中度)に準ず。</td><td>2</td><td>身体障害者
（３級～６級)に準ず。</td></tr>
<tr><td>特　　別
障 害 者</td><td>1</td><td>知的障害者
(重度)に準ず。</td><td>2</td><td>身体障害者
（１級、２級)に準ず。</td></tr>
<tr><td>備　考</td><td colspan="5">認定期間　　～　　要介護度</td></tr>
</table>

注　申請者は、対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合は、速やかに認定を受けた市町村長にその旨を報告してください。