第２号様式（第３条関係）

障害者控除対象者認定に係る診断書

　　年　　月　　日

（宛先）

秦野市福祉事務所長

医療機関名

医師氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 |  | | | |
| 対象者が認定の基準日（裏面３のとおり）の時点で、次の状態であることを認めます。 | | | | |
| 対象年 | 年 | | | |
| 障害の内容  及び程度 | 特別障害者 | □　知的障害者（重度）に準じる。 | | |
| □　身体障害者（１級、２級）に準じる。 | | |
| 障害者 | □　知的障害者（軽度、中度）に準じる。 | | |
| □　身体障害者（３級～６級）に準じる。 | | |
| 症　　状 |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

障害者控除対象者認定に係る診断書作成の手引き

１　診断書が必要な方

　　秦野市に住民登録があり、身体障害者手帳が交付されていない６５歳以上の方のうち、要介護認定を受けていない、ねたきり登録をしていない又は介護認定を受けていても障害者控除対象者認定の基準に満たない方です。

２　診断書を記載することのできる医師

知的障害に準じる方は精神科医、身体障害に準じる方は身体障害者福祉法（昭和２４年法律第２８３号）第１５条第１項の規定による指定医です。

３　認定の基準日

　　確定申告等に使用するため、対象年の１２月３１日を基準日として認定・不認定を判断します。ただし、対象の方が死亡している場合は死亡日を基準日とします。

４　対象年

　　認定を必要とする年（税の控除を受ける年）を記入してください。

５　費用負担

　　診断書の作成に当たって発生する費用については、診断書請求者に請求してください。

６　問い合わせ先

　　秦野市桜町一丁目３番２号

　　秦野市役所　福祉部高齢介護課在宅高齢者支援担当

　　電話番号　０４６３－８２－７３９４