

○大崎市障害者控除対象者認定要綱

平成 21 年 9 月 10 日

告示第 178 号

改正 平成 27 年 12 月 18 日告示第 200 号

(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 条並びに地方税法施行令（昭和 25 年政令第 245 号）第 7 条及び第 7 条の 15 の 8 に規定する障害者及び特別障害者の認定（以下「障害者控除対象者の認定」という。）に関し、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第 2 条 障害者控除対象者の認定の対象となる者は、市内に住所を有する 65 歳以上の者で、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 19 条第 1 項に規定する要介護認定を受けているもの（以下「対象者」という。）とする。

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、対象者から除くものとする。

(1) 身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）第 15 条第 4 項の規定により身体障害者手帳の交付を受けている者

(2) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）第 45 条第 2 項の規定により精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者

(3) 戦傷病者特別援護法（昭和 38 年法律第 168 号）第 4 条の規定により戦傷病者手帳の交付を受けている者

(4) 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成 6 年法律第 117 号）第 11 条第 1 項の規定により厚生労働大臣の認定を受けている者

(認定の申請)

第3条 障害者控除対象者の認定を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、障害者控除対象者認定申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

2 前項の申請を行うことのできる者は、本人又は民法（明治29年法律第89号）第725条に規定する親族とする。

(認定等の方法)

第4条 市長は、前条の規定による申請書を受理したときは、対象者の要介護認定に関する調査資料により、対象者の障害の状態を把握し、別表に定める認定基準に従い障害者控除対象者認定調書（様式第2号）を作成することにより、当該対象者を障害者若しくは特別障害者として認定し、又はこれらに該当しない者として判定するものとする。

(認定等の基準日)

第5条 前条の規定による認定又は判定の基準日は、毎年12月31日とする。ただし、対象者がその当時既に死亡している場合は、当該死亡の日とする。

(認定書の交付等)

第6条 市長は、第4条の規定により対象者を障害者控除対象者と認定したときは、申請者に対し、障害者控除対象者認定書（様式第3号）を交付するものとする。

2 市長は、第4条の規定により対象者を障害者控除対象者に該当しない者と判定したときは、申請者に対し、障害者控除対象者非該当通知書（様式第4号）により通知するものとする。

(報告義務)

第7条 申請者は、障害者控除対象者の認定を受けた者の当該認定に係る障害の事由に変更が生じ、又は当該障害の事由が消滅した場合には、速

やかにその旨を市長に報告しなければならない。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、障害者控除対象者の認定に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この告示は、平成21年10月1日から施行する。

附 則 (平成27年12月18日告示第200号)

この告示は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)附則第1条第4号に掲げる規定の施行の日から施行する。

別表(第4条関係)

区分	障害の程度	認定基準
障害者	身体障害者(3級から6級まで)に準ずる者	「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日付老健第102—2号厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知)の別添障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準(以下「寝たきり度判定基準」という。)のAランクに該当する者
	知的障害者(軽度又は中度)に準ずる者	「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日付老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知)の別添認知症である老人の日常生活自立度判定基準(以下「自立度判定基準」という。)Ⅱランクに該当する者
特別障害者	身体障害者(1級)	寝たきり度判定基準のB又はCランクに該当す

	又は2級) に準ずる者	る者
	知的障害者（重度）に準ずる者	自立度判定基準のⅢ，Ⅳ又はMランクに該当する者

様式第1号(第3条関係)

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

大崎市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
対象者との続柄

㊟

下記の者について、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8に規定する障害者又は特別障害者であることの認定を申請します。

記

対象者の状況	住 所	大崎市		
	氏 名		性 別	男・女
	生年月日	年 月 日	電話番号	
	個人番号			
	介護保険被保険者番号			
	要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
	障害状況	<input type="checkbox"/> 障害高齢者 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者		
対象者同意欄	私は、障害者控除対象者の認定申請にあたり、私の要介護認定に関する調査資料(介護認定調査票、主治医意見書等)を調査することに同意します。 対象者 氏 名 ㊟			

注)障害者控除対象者の認定申請にあたっては、対象者が要介護認定を受けていることが必須の条件となります。

様式第2号(第4条関係)

障害者控除対象者認定調書

調書作成年月日	年 月 日	調書作成者	
申請者住所			
申請者氏名		対象者との続柄	
対象者住所	大崎市	性別	男・女
対象者氏名		生年月日	年 月 日(歳)
介護保険被保険者番号		認定基準日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	要介護認定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	調査項目	ランク	判定
<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない 非該当	<input type="checkbox"/> 身体障害者に準ずる者 (主治医意見書による日常生活自立度)	<input type="checkbox"/> J	非該当
		<input type="checkbox"/> A	障害者
		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	特別障害者
	<input type="checkbox"/> 知的障害者に準ずる者 (主治医意見書による日常生活自立度)	<input type="checkbox"/> I	非該当
		<input type="checkbox"/> II	障害者
		<input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	特別障害者

【伺い】

(年度・交付番号)

決 裁	課長	課長補佐	係長	係員	起案者	申請のありました対象者の認定について、上記のとおり判定し、認定書を交付(非該当通知)してよろしいか伺います。

様式第3号(第6条関係)

障害者控除対象者認定書

第 号
年 月 日

(申請者) 様

大崎市長



下記の対象者を,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8に規定する障害者・特別障害者として認定します。

記

申請者	住 所		氏 名	
対象者	住 所	大崎市	性 別	男・女
	氏 名		生年月日	年 月 日
障 害 事 由	<input type="checkbox"/> 障害者	<input type="checkbox"/> 身体障害者(3級から6級まで)に準ずる者 <input type="checkbox"/> 知的障害者(軽度又は中度)に準ずる者		
	<input type="checkbox"/> 特 別 障 害 者	<input type="checkbox"/> 身体障害者(1級又は2級)に準ずる者 <input type="checkbox"/> 知的障害者(重度)に準ずる者		
認 定 基 準 日	年 月 日			
(注) この認定に係る障害の事由に変更が生じ,又は当該障害の事由が消滅した場合には,速やかにその旨を市長に報告してください。				
連絡先	大崎市	部	課	係
	電話番号	—	(内線	番)

様式第4号(第6条関係)

障害者控除対象者非該当通知書

第 号
年 月 日

(申請者) 様

大崎市長



年 月 日付で申請のありました所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の8に規定する障害者・特別障害者の認定については、下記のとおり非該当と判定しましたので通知します。

記

申請者	住 所		氏 名	
対象者	住 所	大崎市	性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日
非該当の理由	<input type="checkbox"/> 要介護1から5の認定を受けていないため。 <input type="checkbox"/> 日常生活自立度判定基準において自立相当に該当するため。 <input type="checkbox"/> 住所が他市町村のため。(住所地の市町村に障害者控除対象者の認定を申請してください。) <input type="checkbox"/> 年齢が65歳未満のため。 <input type="checkbox"/> その他 〔 〕			
連絡先	大崎市 部 課 係 電話番号 — (内線 番)			

様式第1号（第3条関係）

（平27告示200・一部改正）

様式第2号（第4条関係）

様式第3号（第6条関係）

様式第4号（第6条関係）