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）

開成町長

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 |  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

障害者控除対象者に係る診断書作成の手引き

１　診断書が必要な方

　　　開成町に住民登録があり、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　問合せ先

　　　開成町福祉介護課　高齢介護班　電話：0465-84-0316