

寒河江市障害者控除対象者認定書交付事務取扱要綱

(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の規定により、福祉事務所長が認定する障害者又は特別障害者（以下「障害者等」という。）に対する障害者控除対象者認定書（以下「認定書」という。）の交付事務の取扱いについて、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を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、65歳以上であつて、介護保険法（平成9年法律第123号）第27条に基づく要介護認定を受けている者又は同法第32条の規定に基づく要支援認定を受けている者で、次に掲げるものとする。

- (1) 所得税法（昭和40年法律第33号）第79条第1項又は地方税法（昭和25年法律第226号）第34条第1項第6号若しくは第314条の2第1項第6号の規定の適用を受けようとする者
- (2) 所得税法第79条第2項又は地方税法第34条第1項第6号若しくは第314条の2第1項第6号の規定の適用を受けようとする者がこれらの規定に規定する控除対象配偶者若しくは扶養親族又は当該控除対象配偶者若しくは当該扶養親族であつた者

(申請)

第3条 認定書の交付を受けようとする対象者は、障害者控除対象者認定申請書（様式第1号）を福祉事務所長に提出しなければならない。

- 2 前項の規定にかかわらず、対象者が心身の障害等の理由により自ら前項の規定による申請をすることができない場合は、対象者を現に扶養している親族（民

法（明治29年法律第89号）第725条に規定する親族をいう。）が対象者に代わって同項の規定による申請をすることができる。

（認定）

第4条 福祉事務所長は、前条の申請に係る対象者が要介護4又は要介護5の認定を受けている場合は、特別障害者に準じる者、要介護2又は要介護3の認定を受けている場合は、障害者に準じる者とする。ただし、要介護2又は要介護3の認定を受けている場合にあつては、主治医意見書（様式第2号）の記述内容を審査し、別表に定める基準により特別障害者に準じる者であった場合は、特別障害者に準じる者と認定する決定を行うものとする。

2 福祉事務所長は、前条の申請に係る対象者が要支援1、要支援2又は要介護1の認定を受けている場合にあつては、主治医意見書の記述内容を審査し、別表に定める基準により障害者控除対象者であった場合は、障害者控除対象者と認定する決定を行うものとする。

（認定基準日）

第5条 障害者控除対象者認定の基準日は、前年の12月31日を基準日とし、障害者控除対象者が年の中途において死亡した場合は、その死亡した日とする。

（認定書の交付）

第6条 福祉事務所長は、第4条により障害者控除対象者の認定を決定したときは、第3条の規定により申請した者（以下「申請者」という。）に対して、障害者控除対象者認定書（様式第3号）を交付するものとし、障害者控除対象者認定書交付台帳（様式第4号）に障害者控除対象者の認定を決定した者（以下「認定者」という。）を記載するものとする。

2 福祉事務所長は、第4条に規定する審査の結果、対象者が障害者控除対象者に該当しないと認めるときは、その理由を付して、障害者控除対象者非該当通知書（様式第5号）により、申請者に通知するものとする。

(有効期間)

第7条 障害者控除対象者認定書の有効期間は、第4条に規定する認定の決定を行った日から1年間とする。

(障害事由の変更等の報告)

第8条 申請者は、認定者の障害事由の変更又は消滅が生じた場合は、すみやかに福祉事務所長へその旨を報告しなければならない。

(委任)

第9条 この要綱に定めるもののほか、障害者等の認定に関して必要な事項は、福祉事務所長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成20年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年1月1日から施行し、平成21年分から適用する。

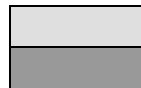
附 則

この要綱は、平成27年6月1日から施行し、平成27年分から適用する。

別表

障害高齢者並びに認知症高齢者の日常生活自立度による基準

			認知症高齢者の日常生活自立度（認知症度）						
			I	II		III		IV	M
				a	b	a	b		
障害 高齢者 日常生活 自立度 （寝たきり度）	J	1							
		2							
	A	1							
		2							
	B	1							
		2							
	C	1							
		2							



障害者に準じる
特別障害者に準じる

様式第 1 号

平成 年 月 日

寒河江市福祉事務所長 殿

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ ⑩

電 話 _____

障害者控除対象者認定書交付申請書

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）として認定を受けたいので、下記により申請いたします。

記

認 定 年 次		平 成	年 分		
対 象 者	住 所			性 別	男 ・ 女
	ふりがな 氏 名			生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日
	介 護 保 険 被保険者番号	⋮	⋮	⋮	⋮

※福祉事務所記入欄

障 害 理 由	障 害 者	(1)知的障害者（軽度・中度）に準ず。	(2)身体障害者（3級～6級）に準ず。
	特 別 障 害 者	(1)知的障害者（重度）に準ず。	(2)身体障害者（1級、2級）に準ず。
		(3)ねたきり老人	
備 考			

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(フリガナ)	男・女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
医師氏名		電話	
医療機関名		FAX	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日
1. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
2. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
3. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 !
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)〕

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について
・障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()
(4) その他の精神・神経症状
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状名: _____ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無)

様式第2号 (裏面)

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)
四肢欠損 (部位: _____)
麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)
 □右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)
 □その他 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)
筋力の低下 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)
関節の拘縮 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)
関節の痛み (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)
失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左
褥瘡 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)
その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない
 車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している
 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助
 現在の栄養状態 □良好 □不良
 → 栄養・食生活上の留意点 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊
低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 (_____)
 → 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

訪問診療 訪問看護 看護職員の訪問による相談・支援 訪問歯科診療
訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導
訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 □特になし □あり (_____) ・移動 □特になし □あり (_____)
 ・摂食 □特になし □あり (_____) ・運動 □特になし □あり (_____)
 ・嚥下 □特になし □あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

無 有 (_____) 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 書

高 第 号
平成 年 月 日

申請者

様

寒河江市福祉事務所長

下記の者を、平成 年 12 月 31 日現在において、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 として認定する。
特別障害者

申請者	住所		氏名	
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 理 由	障害者	(1) 知的障害者（軽度・中度） に準ず。	(2) 身体障害者（3級～6級） に準ず。	
		(1) 知的障害者（重度）に準ず。	(2) 身体障害者（1、2級） に準ず。	
	特別 障害者	(3) ねたきり老人		

- 注 (1) 申請者は太線内のみ記入。
(2) この障害者控除対象者認定書の有効期間は、認定の決定を行った日から 1 年間とする。
(3) 申請者は対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合、すみやかに認定を受けた福祉事務所長にその旨を報告しなければならない。

障害者控除対象者認定書交付台帳

番号	申請日	申請者	対象者	住所	交付日
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

障害者控除対象者非該当通知書

申請者

高 第 号
平成 年 月 日

様

寒河江市福祉事務所長

平成 年 月 日付で申請のあった障害者控除対象者認定に関しては、
次の理由により非該当になりましたので通知します。

対 象 者	住所		性 別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
非 該 当 に な っ た 理 由	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の 規定に定める障害者又は特別障害者に準ずるものと判断できないため			