
[トップページ](#) > [健康・福祉](#) > [高齢者福祉](#) > 高齢者に対する税法上の障害者控除

更新日：2019年12月26日

高齢者に対する税法上の障害者控除

区内に住所を有する65歳以上であり、かつ障害者手帳等の交付を受けていない方は、障害者控除の適用を受ける年の12月31日現在における介護認定の状況・身体状況等に基づき、税法上の「障害者控除・特別障害者控除」の認定を、それぞれ行います。

（注意）区内に住所を有していない場合でも、千代田区が行う介護保険の被保険者である方は、認定を受けることができます。詳しくはお問い合わせください。

認定は、要介護認定時の主治医意見書等の「障害高齢者の日常生活自立度」および「認知症高齢者の日常生活自立度」により、千代田区の[認定判定基準表（PDF：61KB）](#)に基づいて、対象者の身体状況等が「障害者に準ずる」、「特別障害者に準ずる」のいずれかに該当するかを確認し、障害者控除対象者認定書等を交付します。

申請者になれる方

対象者、対象者を扶養している家族、法定代理人、対象者が代理人と定める方

申請に必要なもの

◆ [障害者控除対象者認定申請書（PDF：73KB）](#)

（同意欄に対象者本人の署名・押印が必要です。代筆した場合には、余白に代筆者の署名・押印が必要です。）

◆ [記入例（PDF：109KB）](#)

◆ 申請者の印鑑

- 申請者が、本人を扶養している家族、法定代理人または対象者本人が代理人と定める方であることを確認できる書類（健康保険証・運転免許書、委任状等）
- 対象者の介護保険証
介護認定を受けていない場合は、対象者の障害状況が確認できる医師の証明書（PDF：84KB）

（注意） 認定書の交付まで数日かかるため、郵送で受け取りを希望する場合は、返信用封筒（申請者の住所・氏名を記載し84円切手を貼ったもの）を用意してください。

申請から認定書等の交付まで

区役所3階の高齢介護課窓口で申請してください。書類が揃っていれば、郵送での申請も受け付けます。

後日、判定の結果、障害者控除対象者として認定された方には「障害者控除対象者認定書」を、非該当と認定された方には「障害控除対象者非該当通知書」をそれぞれ交付します。交付の準備ができた時点で連絡をしますので、窓口にお越しください（返送用の封筒をお預かりしている場合は、返送します）。

要介護認定を受けている方は、障害者控除対象者として認定されるか要介護認定の状況を調べますので、申請前にあらかじめ問い合わせしてください。

お問い合わせ

保健福祉部高齢介護課介護認定係

〒102-8688 東京都千代田区九段南1-2-1

電話番号：03-5211-4225

ファクス：03-3288-1365

メールアドレス：koureikaigo@city.chiyoda.lg.jp

千代田区役所

〒102-8688 東京都千代田区九段南1-2-1

電話番号 03-3264-2111 (代表) 03-3264-3910 (コールセンター)

法人番号 8000020131016

開庁時間 月曜日～金曜日の午前8時30分～午後5時 (祝日・年末年始 (12月29日～1月3日) を除く)

一部窓口によって、開庁時間が異なります。(総合窓口課・出張所の窓口開庁時間)

Copyright © Chiyoda City. All Rights Reserved.

別表

区分	障害の程度	認定基準
障害者	身体障害者の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日老発第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「ねたきり基準」という。)のランクAに該当する者
	知的障害者の中度又は軽度に準ずる者	「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成18年4月3日老発第0403003号厚生省老人保健福祉局長通知)の別添認知症高齢者の日常生活自立度判定基準(以下「自立度基準」という。)Ⅱa又はⅡbのランクに該当する者
特別障害者	身体障害者の1級又は2級に準ずる者	ねたきり基準のランクB又はランクCに該当する者
	知的障害者の重度に準ずる者	自立度基準のⅢからⅣまで又はMのランクに該当する者

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

千代田区福祉事務所長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ (印) 続柄 _____

電話番号 _____

下記の者について、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に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたく、申請します。

対象者	住 所			
	氏 名		性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月	日生（才）
	障害の状況			

※要介護・要支援認定を受けていない場合には、障害状況を確認するための医師の証明書をご提出いただきます。

同意欄	本申請に伴い、障害者控除対象者認定に係る審査	住所	対象者住所と同じ
	上において、私の要介護認定調査及び医師の意見	氏名	_____ (印)
	書情報を使用することについて同意します。		

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

千代田区福祉事務所長 様

申請する方の住所・氏名・続柄・電話番号を記入の上、必ず押印してください。

申請者 住所 _____
 氏名 _____ 続柄 _____
 電話番号 _____

下記の者について、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に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたく、申請します。

対象者	住所	千代田区九段南1-2-1		
	氏名	千代田 花子	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
	生年月日	明治・大正・昭和 5年 9月 6日生（88才）		
	障害の状況	認知症及びうつ病にて、現在介護4の認定を受けています。日常生活全般にわたって介護が必要な状況です。		

障害者控除対象者認定の可否を判断する上で、介護保険の個人情報を利用することになりますので、この署名欄が必要になります。

※要介護・要支援認定を受けていない場合には、障害状況を確認するための医師の意見書提出いただきます。

同意欄	本申請に伴い、障害者控除対象者認定に係る審査 上において、私の要介護認定調査及び医師の意見 書情報を使用することについて同意します。	住所 対象者住所と同じ
		氏名 _____ 印 _____

ご本人が署名できない場合には代筆しした方の記名押印もお願い致します。

代筆 ○○○ ○○○ 印