

別 記

第 1 号様式 (第 4 条関係)

障害者控除対象者認定申請書

(宛先) 健康福祉部長

		申請年月日	年	月	日
(所得申告を行う方) 申請者	ふりがな				認定対象者との関係
	氏名				
	住所等	※認定対象者本人の場合は、省略可 〒 電話番号 ()			

次の者について所得税法施行令第 10 条第 1 項第 7 号及び同条第 2 項第 6 号並びに地方税法施行令第 7 条第 7 号及び第 7 条の 15 の 7 第 6 号に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたいので申請します。

認定対象者	介護保険被保険者番号										
	ふりがな				性別	男 ・ 女					
	氏名				生年月日	年 月 日					
	住所等	〒 電話番号 ()									
	現在認定を受けている介護度	(いずれかを○で囲む) 要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5									
	控除の対象年	年分									
結果送付先	(いずれかを○で囲む) 1 申請者 2 認定対象者										

注 審査に当たっては、認定対象者の要介護(要支援)認定資料の確認をさせていただくことが必要となります。次の欄への署名に御理解・御協力をお願いします。

要介護認定資料の利用の同意 障害者控除対象者認定の可否の審査のため、介護保険の要介護認定等の認定調査票及び主治医意見書の内容を確認することについて同意します。 認定対象者の氏名 _____
--