

福祉課	回覧	課長	補佐	主査	係長	主任	係

障がい者控除対象高齢者認定申請書

村山市福祉事務所長 あて

年 月 日

〒

申請者 住所

氏名 ㊟

対象者との続柄

電話番号 — —

下記の者が、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よう申請します。

対象者	住所				性別	男・女
	氏名			生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
介護認定 状況	要介護（ ） 認定有効期間 平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
申請理由	<input type="checkbox"/> 税申告関係 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ）					
対象年	平成・令和 年分					
障害者手帳 の有無	無 ・ 有 → 手帳の種類を○で囲んでください。 身体障害者手帳 精神保健福祉手帳 療育手帳 戦傷病者手帳 その他の手帳（ ） 障がい程度・級など（ ）					

※ 介護保険被保険者証の写しまたは介護認定決定通知書を添付してください。

※ 障害者手帳を所持している場合は、著しく状態が変わった場合を除き、原則としてこの申請を行う必要はありません。

同意書

障害者控除対象者の認定のため、福祉事務所長が、対象者に関する介護保険法に基づく要介護認定結果、認定調査票及び主治医意見書を読覧することに同意します。

申請者氏名

㊟