

障害者控除対象者認定申請書

村山市福祉事務所長 あて

平成 年 月 日

〒

申請者 住所

氏名 ⑩

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 年 月 日～平成 年 月 日					
申請理由						
対象年	平成 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を添付してください。

※障害者手帳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、認定調査票並びに主治医意見書を閲覧することに同意します。

申請者氏名

⑩