

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

射水市長 あて

住 所

(申請者) 氏 名

電話番号

(対象者との続柄)

下記の者を、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に定める障害者控除対象者(障害者・特別障害者)として、次のとおり認定を申請します。

対象者	住 所			性別	男・女
	ふりがな		生 年 月 日	大正・昭和	
	氏 名			年 月 日 (歳)	
障害理由	(1) 身体障害者に準ず。(状態が引き続き6箇月以上にわたるもの) (2) 知的障害者に準ず。 (3) ねたきり高齢者(状態が引き続き6箇月以上にわたるもの) (障害理由の主たるものに○印を付けて下さい。)				
障害の状態に至った時期			年 月から		
介護保険の要介護認定の有無			有 ・ 無		

私は、障害者控除認定のために、介護保険の要介護認定・要支援認定調査関係資料を確認することに同意します。

氏名 _____

(対象者又は申請者)