

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

上天草市福祉事務所長 様

申請者

住所

氏名

電話

下記の者について、所得税法施行令第10条第1項第7号若しくは同条第2項第6号又は地方税法施行令第7条第7号若しくは第7条の15の11第6号に規定する者としての認定を申請します。

対象者	住所	電話 () -		
	氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄	
	介護保険における要介護（要支援）の認定		有 ・ 無	
障害事由	(1) 障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者に準ずる（軽度・中度） <input type="checkbox"/> 身体障害者に準ずる（3級～6級） (2) 特別障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者に準ずる（重度） <input type="checkbox"/> 身体障害者に準ずる（1級・2級） <input type="checkbox"/> ねたきり老人			

(注) 申請者は、該当する項目に☑を記入してください。

認定にあたっては、要件確認のために必要に応じて、私の介護保険等の情報を市長が調査することに同意します。

対象者氏名 _____