

障害者控除対象者認定書交付申請書

度会町長 様

申請者（所得申告をされる方）

住 所

氏 名

電 話

対象者との続柄（ ）

所得税法施行令（昭和40年政令第96号）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（昭和25年政令第245号）第7条第7号及び第7条の15の7第6号に規定する障害者若しくは特別障害者の認定を受けたいので申請します。

対 象 者	介護保険被保険者番号			
	住 所	度会町		
	ふりがな		性 別	男 ・ 女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
	電話番号			
	要介護状態区分	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	介護認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
申告対象年	_____ 年分の所得申告 (確定申告・町県民税所得申告)	対象者が死亡 している場合 はその年月日	年 月 日	
同 意 書				
度会町長が障害者控除対象者の認定のために必要があるときは、要支援認定又は要介護認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書を確認することに同意します。 年 月 日 対象者氏名 代筆者氏名				