

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

中井町長 殿

申請者 住所  
氏名  
電話番号 ( )  
対象者との続柄

対象者について、所得税法施行令（昭和40年・政令第96条）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・特別障害者控除対象者として認定を受けたいので申請します。

対象者	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
	住所	〒			電話番号 ( )
要介護認定の有無		・ 認定あり                      ・ 認定なし			
障害の状況	精神の状況	1 常時介護を要する重度の知的障害の状態 2 外出時のみ介護を要する知的障害の状態			
	身体状況	1 6ヶ月以上臥床し、日常生活に支障があるねたきり状態 (ねたきりになった時期 年 月頃) 2 ねたきりの毎日で、寝込みがちの状態 3 歩行、起居動作が不自由で、外出が困難な状態 4 外出可能であるが、介護を要する状態			

(注)申請者は該当する項目又は番号に○印をすること。

障害者控除対象者認定にあたり、要件の確認等必要に応じ、対象者の介護保険要介護認定における情報を町が調査することに同意いたします。

対象者氏名

申請者（代筆者）氏名