

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

伊方町長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

下記の者を、所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条及び地方税施行令(昭和25年政令第245号)第7条又は第7条の15の11に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたく申請します。

対 象 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	申請者と の 続 柄	
	現 在 の 状 況	6箇月程度以上臥床し、日常生活に支障があるねたきり状態 <input type="checkbox"/> 有(ねたきりになった時期 年 月頃) <input type="checkbox"/> 無		

(注) 「現在の状況」欄には、状態の有無について、必ずご記入ください。
(いずれかの□をチェック、または塗りつぶしてください。)

この認定に際し、私の介護保険法に基づく介護認定に係る認定調査票等の情報を開示することに同意します。

対象者氏名(自署) _____

(注) 介護保険等の情報開示に係る同意は、原則として対象者本人の記入とするが、対象の身体等の都合により本人が記入できない場合は、代筆によるものとする。