

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

上市町長 宛て

申請者 住所

氏名

(対象者との続柄)

電話番号 — —

次の者を、所得税法施行令第 10 条第 1 項第 7 号又は同条第 2 項第 6 号及び地方税法施行令第 7 条第 7 号又は第 7 条の 15 の 7 第 6 号に定める障害者控除対象者(障害者・特別障害者)として、認定を申請します。

対 象 者	住所	上市町		性別	男 ・ 女
	氏名		生年 月 日	年 月 日	
申請理由 (障害の状況)	<div><input type="checkbox"/>要介護 2 <input type="checkbox"/>要介護 3 <input type="checkbox"/>要介護 4 <input type="checkbox"/>要介護 5</div> <div>1 身体障害者に準ずる。</div> <div>2 知的障害者に準ずる。</div> <div>(申請理由の主たるものに○印を付けてください。)</div>				

私は、障害者控除対象者認定のために、町長が中新川広域行政事務組合から対象者に係る介護保険の要介護認定・要支援認定調査関係資料を取得し確認することに同意します。

対象者氏名

(注) 原則として対象者本人の署名又は記名押印ですが、身体等の都合により署名又は記名押印が困難な場合は、申請者の署名又は記名押印でも結構です。