

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

加美町長 殿

住 所 _____

申請者氏名 _____

対象者との続柄（ ）電話番号 _____

下記の者について、所得税法施行令（昭和40年政令第96号）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・特別障害者としての認定を受けたいので申請します。

対 象 者	住 所				
	氏 名			性 別	男・女
	生年月日	(明治・大正・昭和) 年 月 日 (満 歳)			
	身体障害者手帳	有・無	療 育 手 帳	有・無	
	精神障害者保健福祉手帳	有・無	介護保険 被保険者番号		
	要 介 護 認 定 の 状 況	有・無	要 介 護		
		有効期間	年	月	日
※年の途中で死亡した場合	死亡年月日	年	月	日	

(注) 申請の際に対象者の介護保険被保険者証をお持ちの方は、提示願います。

障害者控除対象者の認定に当たっては、要件確認のために必要に応じて、対象者の介護保険等の情報を町が調査することに同意します。

対象者又は親族 氏名 _____