

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

中能登町長

(〒 -)

申請者 住所

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に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたく申請します。

【管理 No

障害者認定対象者	住所			
	氏名		性別	男・女
	生年月日		申請者との続柄	
	現在の状況	6ヶ月程度以上臥床し、日常生活に支障がある寝たきり状態 <input type="checkbox"/> 有（寝たきりになった時期 年 月頃から） <input type="checkbox"/> 無		

(注) 「現在の状況」欄には、状態の有無についてご記入ください。

(いずれかの□にチェックをしてください。)

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。

障害者認定対象者署名

代筆者署名

(注) 介護保険等の情報開示に係る同意は、原則として障害者認定対象者本人の署名とするが、身体等の都合により署名できない場合は、代筆によるものとする。

※ 確定申告されない方（本人および扶養者の所得税・住民税が非課税の場合）や身体障害者手帳等により税控除を受けることができる方は、申請書を提出する必要はありません。

記入例

障害者控除対象者認定申請書

令和〇年〇月〇〇日

中能登町長

(〒929-1692)

申請者 住所 中能登町能登部下91部23番地

氏名 中能登 太郎

(電話番号 0767 - 72 - 0000)

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に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたく申請します。

障害者認定対象者	住所	中能登町能登部下91部23番地		
	氏名	中能登 町子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	申請者との続柄	母
	現在の状況	6ヶ月程度以上臥床し、日常生活に支障がある寝たきり状態 <input checked="" type="checkbox"/> 有（寝たきりになった時期 令和〇年〇月頃から） <input type="checkbox"/> 無		

わからない場合は、書かなくても良いです。

(注)「現在の状況」欄には、状態の有無
(いずれかの口にチェック、又は塗りつぶしてください。)

この認定に際し、私の介護保険法等の情報を開示することに同意します。

対象者の方の氏名を記入してください。(代筆でも可)

障害者認定対象者署名 中能登 町子

代筆者署名 中能登 太郎

(注) 介護保険等の情報開示に係る同意は、原則として障害者認定対象者本人の署名とするが、身体等の都合により署名できない場合は、代筆によるものとする。