

年 月 日

始良市福祉事務所長 殿

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 ( )

電話 ( ) —

障害者控除対象者認定申請書

所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条並びに地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第 7 条又は第 7 条の15の 7 及び同施行令第46条又は第48条の 7 に定める障害者控除対象者の認定を受けたいので申請します。

対象者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
申請理由		年分 所得税確定申告等を使用するため		

※ 介護認定結果、認定調査票、主治医意見書の閲覧に同意します。

(対象者氏名)

\_\_\_\_\_

※結果について、次の郵送先へ希望します。(いずれか○で囲み、必要事項を記入して下さい)

①申請者          ②対象者          ③その他 ( )

-----

～市役所確認欄 ( 年 1 2 月 3 1 日現在) ～

①確認方法      アクロシティ      ・      意見書

②各自立度      障害・自立度      (    自立・ J 1 ・ J 2          A 1 ・ A 2          B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2    )

認知症・自立度 (    自立・ I                  II a ・ II b ・ III a ・ III b                  IV ・ M    )