

年　月　日

姶良市福祉事務所長 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　所得税確定申告等に使用するため			

※ 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・J1・J2 A1・A2 B1・B2・C1・C2)

認知症・自立度 (自立・I IIa・IIb・IIIa・IIIb IV・M)