

始良市福祉事務所長 殿

（申請者）住所

氏名 _____ ㊟

対象者の続柄（ ）

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11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、次の送付先へ希望します。（いずれか○で囲み必要事項を記入してください。

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 ）

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