

障害者控除対象者認定申請書

平成 年 月 日

新城市福祉事務所長 殿

申請者 住 所 新城市

氏 名 (印)

対象者との続柄()

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11に定める 障害者 特別障害者 として 認定を受けたいので申請します。

なお、対象者は身体障害者手帳等の交付を受けていません。

対 象 者	住 所			
	氏 名	性 別	男 ・ 女	
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	

※ (この欄は、記入しないでください)

要 介 護 認 定 者					
被保険者番号					
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2				
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M				
特 記 事 項	認 定 日	平成 年 月 日			
	有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
認 定 内 容	障 害 ・ 特 別 障 害				
受 付 印	障害者控除取扱要領	係	主査	副課長	課長
	第4条に該当				
	第5条に該当				
代 理 人	住 所		氏 名		
申 請 者			(印)		