

郵送日の場合は
「投函日」を記載。

令和〇年〇〇月〇〇日

様式 1

認定対象者が現在お住まいの
区へ提出してください。

障害者控除対象者認定申請書

(あて先) 仙台市 宮城野 福祉事務所長

〒980-8671

住所 仙台市青葉区国分町3-7-1
(Tel 022 - 261 - 1111)

所得控除を受けようとしてい
る方です。

申請者

氏名 仙台 太郎
(対象者との続柄: 長男)

認定を受けようとしている方
です。

下記を所得税法施行令(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条は第7条の15の7に定める **障害者・特別障害者** として認定されるように申請します。

対象者	住所	仙台市 <u>宮城野</u> 区 <u>五輪2丁目12-35</u>	
	(ふりがな)	(<u>せんだい はぎこ</u>)	
	氏名	<u>仙台 萩子</u>	(性別: 男・ <u>女</u>)
障害の状況	生年月日	明治・大正・昭和 <u>〇〇年〇〇月〇〇日</u> (<u>〇〇</u> 歳)	
	1. 要介護認定を受けている	要介護状態区分: 要支援 1・2 要介護 1・2・3・ <u>4</u> ・5 認定の有効期間: 令和〇年 <u>〇〇</u> 月 <u>〇〇</u> 日 ~ 令和〇年 <u>〇〇</u> 月 <u>〇〇</u> 日 介護保険被保険者証番号: (<u>〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇</u>)	
	2. 65歳以上で6ヵ月程度以上寝たきりの状況(今後継続する者を含む)		
認定を求める期間	1. 令和 <u>1</u> 年分 2. 平成 <u>27</u> 年 ~ 令和 <u>1</u> 年		

対象者の状況で該当する番号を○で囲んでください。

介護保険被保険者証(二)面を参照して記載してください。

認定を受けたい期間等(修正申告をする場合5年間を遡れる場合があります)を記載してください。

【注: 申請者は、「障害の状況」の該当項目の番号を「○」で囲むこと】

認定にあたっては、要件確認のために、必要に応じて私の介護保険要介護認定等情ること及び実地による調査を行うことに同意いたします。

- ①対象者氏名(自署) 対象者ご本人が署名できる場合は、氏名を自署
※①を自署できない場合は、①欄を代署し②欄に代表者名を署名
- ②自署困難なため①を代署 (代署者氏名) _____ (対象者との間柄: _____)

③対象者が _____ 年 _____ 月 _____ 日死亡のため自署及び同意を得ることができません。

※上記に同意頂けない場合、認定に必要な資料の提出を求めることがあります。
※対象者が自署困難な場合は、本人に説明し同意を得た上で代署してください。

収 受

対象者ご本人が死亡している場合には、死亡年月日を記載してください。