

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

(あて先) 仙台市 _____ 福祉事務所長

〒 _____
住所 _____
(Tel _____)

申請者

氏名 _____
(対象者との続柄: _____)

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 区
	(ふりがな) 氏 名	(_____) (性別: 男・女)
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
障害の状況	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・4・5 認定の有効期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 介護保険被保険者証番号: (_____) 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. _____ 年分 2. _____ 年 ~ _____ 年	

【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報を福祉事務所長が調査す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) _____

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