

年 月 日

安来市長 様

申請者 住所：〒

氏名： (記名押印又は署名)

対象者との続柄： 電話番号：

令和 年度 障害者控除対象者認定申請書

下記の者について、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 に定める障害者又は特別障害者としての認定を申請します。

対 象 者	住 所										
	フリガナ										
	氏 名										
	生 年 月 日	明治									
		大正	年	月	日						
		昭和									
	要介護認定	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5									
	介護保険の 被保険者証番号										

障害者控除の認定にあたっては、要件確認のために、安来市が保有する対象者の要介護認定に関する情報報並びに対象者及び申請者の住民基本台帳を調査することに同意します。

(対象者) (記名押印又は署名)

(申請者) (記名押印又は署名)

【市記入欄】※記入しないでください

要介護認定日	認定の有効期間	要介護度	寝 た きり度	認知症 自立度	判 定 結 果	障害者	身	知	認定書 作成者
年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日					特 別 障害者	身	知	
被保険者状況	在住 ・ 異動 (年 月 日)			本人確認	個 ・ 運 ・ 保				受付者
	その他 ()								