

様式第1号 (第3条関係)

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： _____

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		担当者
年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日						特別 障害者	身	知	