

* 年 月 日受理

障害者控除対象者認定申請書

認定を受けようとする者(対象者)	フリガナ			性別	男・女
	氏名				
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日生	満 歳	
	住所	広島県安芸高田市 町		番地	
	電話番号	— —			
	介護保険の 要介護認定等	有・無	要介護度等	要支援 1 2・要介護 1 2 3 4 5	

安芸高田市福祉事務所長 様

上記の者について、所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条第1項第7号及び同条第2項第6号並びに地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条第1項第7号及び第7条の15の7第1項第6号の規定による障害者又は特別障害者の範囲に該当することの認定(以下単に「認定」という。)について申請します。(基準日 年 月 日現在)

年 月 日

(申請者)

住所

氏名

㊟

対象者との続柄 ()

電話番号

— —

(注)1 太線枠内を記入してください。(※の欄は記入しないでください。)

- 2 申請を行うことのできる者は、対象者又は申請について対象者の同意を得ている配偶者、扶養親族です。
- 3 基準日において、介護保険の要介護認定等を受けていない場合は、医師の診断書を添付してください。
- 4 過去の状態についての認定は、申請日から5年以内に限り申請することができます。基準日に記入してください。基準日に記載がない場合は、申請日を基準日とします。

同意書

私の認定について申請者が申請すること、必要に応じて安芸高田市福祉事務所が介護保険の要介護認定等の情報及び世帯の情報を調査及び確認することに同意します。

対象者の氏名 _____ ㊟

対象者本人が記入できないため、_____ が代筆します。

(対象者との続柄 _____)

提出先 安芸高田市保険医療課 (☎0826-42-5618) 又は各支所窓口係