

様式第1号 (第3条関係)

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

美咲町長 様

申請者 住 所 〒

氏 名

対象者との続柄

電話番号

- -

次の者について、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7号及び第7条の15の1第6号に定める障害者・特別障害者として認定を受けたいので申請します。

対 象 者	氏 名		生年月日	年 月 日							
	住 所							性 別	男 ・ 女		
	介護保険 被保険者番号	6	6								
	介護保険法に基づく要介護度	要介護		1	2	3	4	5			
	認 定 年 月 日			年	月	日					
	介護保険の有効期限			年	月	日から					
			年	月	日まで						
希望する障害者控除の年分										年分	

〔注〕申請者は、該当する項目又は番号に○印を記入してください。

〔注〕申請者は、対象者の介護保険被保険者証又は委任状を添えて申請してください。

認定にあたり、要件確認のために必要な場合は、対象者の介護保険等の情報を調査することに同意します。

対象者氏名

代 筆 者

(続柄:)