

障害者控除対象者認定交付申請書

令和 年 月 日

大田市福祉事務所長 殿

(申請者)

(対象者との続柄) _____

(電話番号) _____

下記について、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に定める障害者認定書の交付を申請します。なお、この認定に際しては訪問調査あるいは介護認定審査会資料等に基づき審査されることに同意します。

申請者	住所		氏名	
対象者	住所		性別	男・女
	氏名 (被保険者番号)	被保険者番号:	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
障害理由	障害者	(1)知的障害者(軽度・中度) に準ず。	(2)身体障害者(3級～6級) に準ず。	
	特別 障害者	(1)知的障害者(重度) に準ず。	(2)身体障害者(1級、2級) に準ず。	
		(3)ねたきり老人		

注 (1) 申請者は太線内のみ記入。

(2) 申請者は対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合、すみやかに認定を受けた福祉事務所の長にその旨を報告しなければならない。