

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

穴水町長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

連絡先(TEL) _____

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11に定める障害者又は特別障害者として、下記の者の認定を受けたく、申請します。

障害者 認定 対象者	住 所			
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	申請者との続柄	
	現在の状況	6箇月程度以上臥床し、日常生活に支障がある寝たきり状態 <input type="checkbox"/> 有（寝たきりになった時期 年 月頃から） <input type="checkbox"/> 無		

（注）「現在の状況」欄には、状態の有無について、必ず記載して下さい。
（いずれかの□にチェック、又は塗りつぶして下さい。）

この認定に関して、私の介護保険法に基づく介護認定に係る認定調査票等の情報を開示することに同意します。

障害者認定対象者氏名 _____

（注）介護保険等の情報開示に係る同意は、原則として障害者認定対象者本人の署名押印とするが、身体等の都合により署名できない場合は、代筆によるものとする。

保険者 確認欄	介護認定 状 況	認定日	年 月 日	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5
		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	認定区分	非該当	障害(身障3~6級, 知的軽~中度)	特別障害(身障1~2級, 知的重度)