

障害者控除対象者認定交付申請書

年 月 日

逗子市福祉事務所長

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認定を受けたく申請します。

申請者	住 所			
	氏 名		対象者との続柄	
	電話番号	()		
対象者	住 所	逗子市	性別	
	氏 名		生年月日	
申請理由	年分確定申告等に使用するため。			
<p>なお、認定を申請するに当たり、対象者の介護認定に関する資料等の閲覧調査について同意します。</p> <p style="text-align: center;"><u>対象者署名</u></p> <p style="text-align: center;">(代筆[申請者])</p> <p>※対象者が自署できない場合、その理由</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>病状等により、意思確認できないため</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>その他 ()</p>				

- 注 1 太線枠内に記入してください。
 2 申請者は、対象者の障害事由の変更等があった場合には、速やかに逗子市福祉部 高齢介護課に届け出てください。

.....<事務処理欄>.....

被保険者番号		介護度	
有効期間	年 月 日 ~		年 月 日
認定調査日	年 月 日	最終診察日	年 月 日
	寝たきり度		認知症
認定調査票			
主治医意見書			

申請者本人確認	・運転免許証	・健康保険証	・その他 ()
---------	--------	--------	----------