

障害者控除対象者認定申請書

平成 年 月 日

大熊町長 渡辺 利綱 様

申請書 住所

氏名 (印)
障害者控除対象者との関係()
電話番号()

下記の者を、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・特別障害者として認定して下さるよう申請します。

障害者控除対象者	住 所	〒			
	氏 名		性 別	男 ・ 女	
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年 月 日	年 齢	歳
介護保険被保険者番号		要介護状態区分	要 介 護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
申請理由	平成 年 所得税確定申告等に使用するため				
避難先住所 (認定結果送付先)	〒 -				

※事務処理欄(以下は記入しないでください)

要 介 護 認 定 状 況	障 害 者	<input type="checkbox"/> 要介護1	認 定 日	平成 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 要介護2		
		<input type="checkbox"/> 要介護3	認 定 期 間	平成 年 月 日 ～平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 要介護3			
	特 別 障 害 者	<input type="checkbox"/> 要介護4	基 準 日	平成 年 月 日 (12月末もしくは資格喪失日)
		<input type="checkbox"/> 要介護5		
審 査	非該当 ・ 障害者該当 ・ 特別障害者該当			