

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

大熊町長 様

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条第1項第7号及び第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7第6号に定める障害者又は特別障害者として認定して下さるよう申請します。

なお、対象者に係る介護保険認定審査関係資料を町が調査することに同意します。

障害者控除対象者	住所	〒 - 大熊町		
	氏名		性別	男・女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢	歳
申請理由	年分の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)

要介護認定状況等	障害者		<input type="checkbox"/> 要介護1								認定日	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 要介護2									
	特別障害者		<input type="checkbox"/> 要介護3								認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
			<input type="checkbox"/> 要介護4									
			<input type="checkbox"/> 要介護5									
	身体	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	基準日	年 月 日
認知	自立	I		II a	II b	III a	III b	IV	M	備考		
審査結果		非該当 ・ 障害者該当 ・ 特別障害者該当										