

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

大熊町長 様

住民票の住所を記入してください。

住所 大熊町大字大川原字南平1717

【記入例】

氏名 大熊 一郎

障害者控除対象者との関係(大熊子)

電話番号(090-1234-5678)

申請書を記入された方の氏名と対象者との関係を記入してください。本人の場合は本人と記入してください。

※忘れず押印をお願いします。

連絡が取れる電話番号を記入してください。

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くださるよう申請します。

障害者控除対象者	住所	〒 979 - 1306 大熊町大字大川原字南平1717		
	氏名	大熊 太郎	性別	男・女
	生年月日	明・大 昭 10年 4月 1日	年齢	80 歳
介護保険被保険者番号	0000012345	要介護状態区分	要 介 護 1・2・3・4・5	
申請理由	令和 元 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)	〒 970 - 1234 福島県いわき市〇〇町〇〇1234 いわきマンション101号室			

住民票の住所を記入してください。

要介護認定を受けている方の氏名を記入してください。

介護保険被保険者証を参考に被保険者番号、要介護度を記入してください。

避難先住所
アパート等の場合は部屋番号まで記入してください。

※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4			
	特 別 障 害 者	<input type="checkbox"/> 要介護5	基 準 日	平成 年 月 日 (12月末もしくは資格喪失日)
審 査	非該当 ・ 障害者該当 ・ 特別障害者該当			