様式第1号(第3条関係)

障害者控除対象者認定申請書

年　　月　　日

　大崎市長　　　　様

申請者　住所

氏名

電話番号

対象者との続柄

　下記の者について，所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条第1項第7号及び同条第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号に規定する障害者又は特別障害者であることの認定を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者の状況 | 住所 | | 大崎市 | | | |
| 氏名 | |  | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | 電話番号 |  |
| 個人番号 | | |  | | |
| 介護保険被保険者番号 | | |  | | |
| 要介護状態区分 | □ 要介護1　□ 要介護2　□ 要介護3　□ 要介護4　□ 要介護5 | | | | |
| 障害状況 | □ 障害高齢者　□ 認知症高齢者 | | | | |
| 対象者同意欄 | 私は，障害者控除対象者の認定申請にあたり，私の要介護認定に関する調査資料(介護認定調査票，主治医意見書等)を調査することに同意します。  ①　対象者氏名（自署）  ②　代署者氏名　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄：　　　　）  　　※代署の理由　□　対象者の同意による。  　　　　　　　　　□　対象者の死亡による。  （死亡年月日：　　　年　　月　　日） | | | | | |

注)障害者控除対象者の認定申請にあたっては，対象者が要介護認定を受けていることが必須の条件となります。