

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

泉大津市社会福祉事務所長 様

申請者 住 所〒

氏 名
続 柄
電 話

関係書類を添えて、所得税法施行令第 1 0 条の障害者若しくは特別障害者又は地方
税法施行令第 7 条の障害者若しくは同令第 7 条の 1 5 の 7 の特別障害者としての認
定について、下記のとおり申請します。

記

対象者	住 所	〒		
	氏 名	電話番号		
	生年月日	年 月 日		
	要介護認定	有・無	要介護度	1・2・3・4・5
認定に当たっては、社会福祉事務所長が必要に応じて介護保険等の情報を調査・確認することに同意します。				
対象者氏名				

- (注) 1. 介護保険の要介護認定が無い場合は、様式第 2 号の障害者控除対象者認定に係る診断書又は指定医師が作成する診断書を添付してください。
2. その他市長が、認定に関し必要とする書類の提出を求めるときがあります。

以下市役所記入

必要年分 1 2 3 4 5 送付先 申請者 対象者