

障害者控除対象者認定申請書(年分)

年 月 日

松原市福祉事務所長 様

申請者 住所.....

氏名.....

TEL.....

続柄.....

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7に定める 障害者・特別障害者 として税の控除申請に必要なため、次により申請します。

対 象 者	住 所		性 別	男 ・ 女
	ふりがな 氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	被保険者 番 号		介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	提出先	松原市 ・ 八尾税務署 ・ その他		
障害事由	障害者	(1)知的障害者 (軽度・中度)に準ず。	(2)身体障害者(3級～6級)に準ず。	
	特別障害者	(1)知的障害者(重度)に 準ず。	(2)身体障害者(1級～2級)に準ず。	
		(3)寝たきり老人	/	

注①申請者は太線枠内のみ記入

②申請者は対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合、すみやかに認定を受けた市町村長にその旨を報告しなければならない。

認定にあたっては、要件確認のために、対象者の介護保険にかかる情報を調査することに同意します。

対象者氏名.....