

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

横手市福祉事務所長 あて

住 所 _____

氏 名 _____

申請者

(対象者) 生年月日 明・大・昭 _____年 _____月 _____日

性 別 男・女

私は、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 に定める障害者として認定されたく申請します。

なお、上記申請に当たり、認定要件の確認のため、私の介護保険に係る審査及び判定の結果に関する資料を市が調査、確認することについて同意します。

(窓口来庁者) (※対象者本人の場合は不要)

氏 名 _____ 生年月日 大・昭・平 _____年 _____月 _____日

住 所 _____ 対象者と
の続柄 _____

連絡先電話番号 _____

事務 処 理 欄	被 保 険 者 番 号		認 定 日	平・令 年 月 日	受付印
	有 効 期 間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日			
	要 介 護 度	(要介護) 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
	障害高齢者自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2			
	認知症高齢者自立度	自立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M			