|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 別紙１－１ |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | ※ 　　 　　　 年 月 日 受理 |
| 障　害　者　控　除　対　象　者　認　定　申　請　書 |
| 認定を受けようとする者 | （ふりがな）氏名・性別 |  | 男 ・ 女 |
|  |
| 生　年　月　日 | 明治大正　　　　年　　　　月　　　　日昭和 | 満　 　　歳 |
| 住　　　所 | 〒　　　－  [TEL(　　　　　 ) 　　－ 　　　　　] |
| 障害手帳 | 有 （種類 ）（ 級） ・ 無 |
| 要介護認定 | 有 ・ 無 |
| 過去に遡っての障害者控除対象者認定の希望（最長５年分）（過去の要介護認定資料等のある場合に限ります。） | 有 ・ 無 |
| 上記の者が、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に定める障害者又は特別障害者である（あった）ことの認定を申請する。　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　　（申請者）郵便番号　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所電話番号（　　　　　）　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　認定を受けようとする者との続柄（　　　　　　　　）　　　　　　庄　原　市　長　様 |
| 認定に当たっては、私の介護保険に係る要介護認定情報その他認定に必要な情報を調査することに同意します。 対象者氏名  |