

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

千代田区福祉事務所長 様

申請する方の住所・氏名・続柄・電話番号を記入の上、必ず押印してください。

申請者

住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

電話番号 _____

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として認定を受けたく、申請します。

対象者	住所	千代田区九段南1-2-1		
	氏名	千代田 花子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	生年月日	明治・大正・ <input checked="" type="radio"/> 昭和 5年 9月 6日生（88才）		
	障害の状況	認知症及びうつ病にて、現在介護4の認定を受けています。日常生活全般にわたって介護が必要な状況です。		

障害者控除対象者認定の可否を判断する上で、介護保険の個人情報を目的外使用することになりますので、この署名欄が必要になります。

※要介護・要支援認定を受けていない場合には、障害状況を確認するための医師の診断書提出いただきます。

同意欄	本申請に伴い、障害者控除対象者認定に係る審査上において、私の要介護認定調査及び医師の意見書情報を使用することについて同意します。	住所 対象者住所と同じ
		氏名 _____ 印 _____

代筆 ○○○ ○○○ 印

ご本人が署名できない場合には代筆した方の記名押印もお願い致します。