

障害者控除対象者認定申請書

この書類を作成した日をご記入ください。 令和〇年〇〇月〇〇日

千代田区福祉事務所長 様

申請する方の住所、氏名、続柄、電話番号を記入してください。

住 所 **千代田区九段南1-2-1**

申請者 氏 名 **九段 太郎** 続柄 **長男**

電話番号 **03-0000-0000**

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	千代田区九段南〇一〇一〇 ◆◆マンション503
	氏 名	千代田 花子
	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日生（ 〇〇 才）
	障害の状況	〇〇症及び××病にて、現在介護〇の認定を受けています。日常生活全般に渡って介護が必要な状況です。

※要介護・要支援認定を受けていない場合には、

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も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。

対象者名で署名してください。

※こちらに署名がないと証明書が発行できません。

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(自署) 千代田 花子

ご本人が署名できない場合は、代筆した方がこちらに署名してください。

代筆 九段 太郎(長男)