

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

(あて先) 寝屋川市福祉事務所長

〒 ー
(申請者) 住所

| | |
|------------|---|
| ふりがな 氏名 | Ⓜ |
| 電話 () ー | |

対象者との関係

認定書送付先 申請者 対象者

平成・令和 年分の申告のため、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・特別障害者としての認定を申請します。

| | | | | |
|---------------|------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| 対象者 | 住所 | 〒572ー 寝屋川市 | 介護保険 被保険者番号 | |
| | 性別 | 男 ・ 女 | | |
| | ふりがな 氏名 | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 |
| 要支援・要 介護認定 | 有 | 要支援・要介護 _____ | 認定基準日 平・令 年 12月 31日含む | |
| | 無 | 6か月以上臥床し、複雑な介護を要する状態である | | <input type="checkbox"/> 診断書添付 |

認定の要件確認のため、必要に応じて私の介護保険等の情報を、市が調査することに同意します。

対象者氏名 _____ Ⓜ 代筆者氏名 _____

寝屋川市記入欄

| | | | | |
|------|-------|---|-----------------|-----|
| 障害理由 | 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。 | 申請者身分証明書 | |
| | 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)ねたきり高齢者 | 運転免許証・健康保険証・() | 受付印 |