

様式第 1 号（第 2 条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

滑川市長 あて

申請者 住 所
氏 名
(対象者との続柄)
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 に定める障害者控除対象者（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		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	年 月 日
障害事由	(1) 身体障害者に準ず。(状態が引き続き 6 ヶ月以上にわたるもの) (2) 知的障害者に準ず。 (3) ねたきり老人 (状態が引き続き 6 ヶ月以上にわたるもの) (障害事由の主たるものに○印を付けてください。)			
障害の状態に至った時期			年 月から	
介護保険の要介護認定・要支援認定の有無			有 ・ 無	

私は、障害者控除対象者の認定のために、市が介護保険の要介護認定・要支援認定調査関係資料を確認することに同意します。

氏名

(注)原則として対象者本人の署名ですが、身体等の都合により署名できない場合は、申請者の方の署名でも結構です。