

障害者控除対象者認定申請書

令和〇年 〇〇月 〇〇日

桑 折 町 長 様

(申請者)
住所 桑折町字東大隅18
対象者との関係
氏名 桑折 太郎 印 (長男)
電話 024 (582) 2111

所得税法施行令第10条第1項第7号又は同条第2項第6号及び地方税法施行令第7条第7号又は第7条の15の7第6号に規定する障害者控除対象者としての認定を、下記のとおり申請します。

記

対象者氏名	桑折 花子	生年月日	明治・大正・昭和・平成 10年 7月 4日
住 所	桑折町東大隅18		
被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
要介護認定	申請中	要支援1・2	要介護1・2・3 4 5
障害の状況	☒ 認知症 ☐ 寝たきり ☒ 身体障害に準ずる		

(本人同意事項)
桑折町長が、障害者控除対象者の認定のために必要があるときは、要介護認定又は要支援認定に係る調査内容及び主治医意見書を活用することに同意します。

対象者本人氏名(自書) 桑折 花子

(注) 本人同意事項は原則として対象者本人の記入とするが、対象者の身体等の都合により本人が記入できない場合は、代筆によるものとする。

(町処理欄)

- 申請者が本人以外の場合の身分確認書面等
☐運転免許証 ☐パスポート ☐健康保険証 ☐診察券
☐その他 ()