

第 1 号様式（第 6 条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

桑 折 町 長 様

（申請者）

住所 \_\_\_\_\_

対象者との関係

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_（ ）

電話 \_\_\_\_\_（ ）

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		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住 所			
被保険者番号			
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	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 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)\_\_\_\_\_

（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（ ）