

第1号様式（第3条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

上ノ国町長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ④

(対象者との続柄： \_\_\_\_\_ )

連絡先 \_\_\_\_\_

下記の者について、所得税法施行令第10条第1項第7号及び第2項第6号並びに地方税法施行令第7条第7号及び第7条の15の7第6号に規定する障害者又は特別障害者の認定について申請いたします。

なお、障害者控除対象者認定調査にあたり、町が介護保険等必要な情報を調査することについて同意します。

記

( \_\_\_\_\_ 年分申告用)

対 象 者	被保険者番号			要介護度区分	
	住 所				
	氏 名			性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 ( 歳)			

※ 町 使 用 欄	要介護度区分	要介護	認知症高齢者の日常生活自立度 Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ・該当無
	該当	非該当	障害高齢者の日常生活自立度
	認定区分	障害者 特別障害者	A1・A2・B1・B2・C1・C2・該当無