

(様式第1号)

## 障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

大山崎町長 様

(申請者)

|           |                      |   |  |
|-----------|----------------------|---|--|
| 住所        | 大山崎町字(大山崎・円明寺・下植野)小字 |   |  |
| 氏名        | ⑩                    |   |  |
| 連絡先☎      | ( )                  | — |  |
| 対象者から見た続柄 |                      |   |  |

所得税法施行令および地方税法施行令に定める障害者又は特別障害者の認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

(対象者)

|            |                      |     |                        |                |       |
|------------|----------------------|-----|------------------------|----------------|-------|
| (ふりがな)氏名   |                      |     |                        | 性別             | 男・女   |
| 住所         | 大山崎町字(大山崎・円明寺・下植野)小字 |     |                        |                |       |
| 電話番号       | ( )                  | —   | 生年月日                   | (明治・大正・昭和)     | 年 月 日 |
| 介護保険被保険者番号 |                      |     |                        | 要介護状態区分(介護・支援) |       |
| 申請目的       | 年分の税申告に使用するため。       |     |                        |                |       |
| 手帳等の所持     | 療育手帳                 | 有・無 | 知的障害者福祉法施行令第2条に規定する判定書 | 有・無            |       |
|            | 精神障害者保健福祉手帳          | 有・無 | 身体障害者手帳                | 有・無            |       |
|            | 戦傷病者手帳               | 有・無 | 被爆者健康手帳                | 有・無            |       |
|            | 医師の診断書               | 有・無 |                        |                |       |

この申請にあたって、要件確認のため、大山崎町が保有する介護保険認定の資料を調査することに同意します。

(対象者署名)

⑩

※対象者が自書出来ない場合、その理由

身体状況等により署名できない

病状等により、意思を確認できない

その他( )

(代筆者名 )