

障害者控除認定申請書

大河原町長 様

令和 年 月 日

〒 (ー)

申請者 住 所

氏 名

続 柄

連絡先

下記の者を所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条第1項第7号及び同条第2項第6号並びに地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条第7号及び第7条の15の7第6号に規定する認定を受けたいので、大河原町介護保険要介護認定者に対する障害者控除認定要綱第5条の規定により申請します。

記

障害者控除対象者	被保険者番号				
	住 所				
	氏 名		性 別	男 ・ 女	
	生 年 月 日	大正 ・ 昭和	年 月 日	申請者 との続柄	
障害の 状況	要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	障 害 状 況	<input type="checkbox"/> 障害高齢者 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者			
申 請 の 理 由	所得税確定申告等に使用するため				
備 考					

認定にあたっては、要件確認のために、必要に応じて私の介護保険要介護認定等情報を大河原町が調査することに同意いたします。

障害者控除対象者氏名（自署） _____

※自署困難の場合は、本人に説明し理解を得た上で代書記入すること。

