

障害者控除対象者認定申請書

平成 年 月 日

延岡市福祉事務所長 様

申請者 氏
(送付先) 住所

電話番号 ()

氏 名

対象者との続柄

下記の者は、所得税法施行令（昭和 40 年政令第 96 号）第 10 条及び地方税法施行令（昭和 25 年政令第 245 号）第 7 条又は第 7 条の 15 の 8 に定める障害者(特別障害者)に該当すると思われますので、障害者控除対象者としての認定を申請します。

記

対象者	住 所		性別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	明 大 昭 年 月 日
	介護保険被 保険者番号	2 6 0 0	障害者手帳等 有 ・ 無 級 交付日 年 月 日 障害者控除対象者認定書 有 ・ 無	

障害者控除対象者認定書の交付に関して、対象者の介護保険認定審査資料等を調査することに同意します。

氏 名

(対象者又は申請者)

【市記入欄】

【受付者】

要介護度	調査票		意見書	
	障がい	認知	障がい	認知

特別障害者 ()
 障害者 ()
 非該当