

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

柴田町長 殿

住所 _____
 申請者 _____
 氏名 _____

下記の者を所得税法施行令（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 11 に定める 障害者・特別障害者 と して認定されるように申請します。

対 象 者	住 所	柴田町					
	氏 名				性 別	男・女	
	介護保険証 被保険者番号	0	7	0	0	障害者手帳 等の交付の 有無	有・無
	生年月日	大正・昭和 年 月 日			申 請 者 との続柄		
障害の状況	精 神 の 状 況	1 常に介護を要する重度の知的障害の状況（認知症を含む） 2 外出時のみ介護を要する知的障害の状況（認知症を含む） 3 その他					
	身 体 の 状 況	1 6ヶ月以上臥床し、日常生活に支障のあるねたきり状態 2 寝たり起きたりの毎日で、寝込みがちの状態 3 歩行、起居動作が不自由で、外出困難な状態 4 外出可能であるが、介護を要する状態 5 その他（ ）					

【注：申請者は、該当項目の番号を「○」で囲むこと】

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柴田町長が調査することに同意します。

対象者氏名（自署） _____

※対象者が自署困難の場合は、本人に説明し理解を得た上で代書記入すること。