

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

(あて先)
平群町長

申請者 住 所

氏 名
(対象者との続柄)

電 話 — —

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7に定める障害者又は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	平群町		
	ふりがな 氏 名		生年 月 日	明治 大正 年 月 日 昭和
	性 別	男・女	要介護 認定	未申請・自立・要支援・要介護() 認定日 年 月 日

※添付書類

障害者・特別障害者控除対象者認定用意見書

ただし、直近の要介護認定に係る主治医意見書の記載内容をもって認定申請される場合は、同意書の添付にかえることができます。

※注) 申請者は、対象者の障害事由の変更又は消滅が生じた場合は、速やかに町長に報告してください。

同意書

障害者控除対象者認定のために必要があるときは、平群町において、町が保有する介護保険認定資料等を閲覧することについて同意します。

(あて先)
平群町長

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

(対象者との続柄)

対 象 者	介護保険 被保険者番号									
	フリガナ				生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和	年 月 日			
	氏 名									
	住 所									