

障害者控除対象者認定申請書

東郷町長 殿

(申請者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

電 話 \_\_\_\_\_

所得税法施行令第 10 条及び地方税法施行令第 7 条又は第 7 条の 15 の 11 に定める障害者控除対象者（障害者又は特別障害者）として認定を受けたく申請します。

対 象 者	氏 名										
	住 所										
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性 別	男 ・ 女				
	介護保険被保険者番号	0	0	0	0	0					
状 況 等	要支援・要介護 状態区分	要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5									
	認 定 年 月 日	年 月 日									
	認定の有効期限	年 月 日～ 年 月 日									
	障害者手帳	有 ・ 無	その他障害者控除に該当する 手帳・認定等					有 ・ 無			

障害者控除対象者認定に際して、東郷町で保管する要介護認定等に係る調査内容及び要介護認定審査会による判定結果の情報を閲覧することに同意します。

対象者氏名（本人署名）\_\_\_\_\_