様式第１号(第３条関係)

障害者控除対象者認定申請書

和泉市長　あて

年　　月　　日

(申請者)　住所　〒　　－

：

氏名　：

続柄　：

電話番号（　　）　　－

認定書の送付先 □ 申請者住所　□ 対象者住所

□ その他（　　）

所得税法施行令第１０条第１項第７号及び第２項第６号並びに地方税法施行令第７条第７号及び第７条の１５の７第６号の規定による障害者又は特別障害者として認定を受けたいので申請します。

対象者	住　所			
	ふりがな 氏　名			
	生年月日	年　月　日	性別	男　・　女
認定基準日		年１２月３１日現在の状況	死亡日・出国日　年　月　日 その他（　　）	
申請理由		年分　所得税確定申告等に使用するため		

同意書

本申請の審査に必要な限度において、対象者の要介護認定情報又は要支援認定情報について市が確認することに同意します。

年　　月　　日

対象者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※本人(被保険者)が自署しない場合は、記名押印してください。

代筆者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 太枠の中のみ記入してください

市記入欄	介護保険被保険者番号	０００			
	聞き取り	□ 65歳以上(2号は認定不可)			
		障害者手帳の有無	□ 無→受付可	□ 有(→ □ 介護保険での認定希望)	
		□ 障害者控除対象者認定書の交付後、税の申告が必要であることを説明した		受付者:	
	介護度の有無	□ 認定有　□ 要支援（　） 【認定有効期間】 □ 要介護（　）　年　月　日～　年　月　日 □ 認定無			
	自立度		調査票	主治医意見書	備考
		障がい			
		認知症			