

障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書

年 月 日

(あて先)富山市社会福祉事務所長

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)及び地方税法施行令(昭和25年政令第245号)に定める障害者控除対象者(障害者・特別障害者)として、次のとおり認定を申請します。

対象者	住所		性別	男 ・ 女
	氏名		生年 月日	
障害理由	(1)身体障害者に準ず。(状態が引き続き6箇月以上にわたるもの) (2)知的障害者に準ず。 (3)ねたきり老人(状態が引き続き6箇月以上にわたるもの) (障害理由の主たるものに○印を付けて下さい。)			
障害の状態に至った時期			年 月より	
介護保険の要介護認定・要支援認定の有無			有 ・ 無	

私は、障害者控除認定のために、介護保険の要介護認定・要支援認定調査関係資料を確認することに同意します。

氏名 _____ 印

(対象者又は申請者)