

障害者控除対象者申請書兼認定書

川社長寿第 号
令和 年 月 日

(申請者) _____ 様

川口市社会福祉事務所
所長 藤波 康彰 印

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
障 害 者
る _____ として認定する。
特別障害者

申請者	住 所		氏 名	
対象者	住 所		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日

本件認定に際し、要介護認定にかかる諸情報（要介護認定調査票や主治医意見書等）を利用することに同意します。

障害理由	障害者	(1) 知的障害者（軽度・中度）に準ず。	(2) 身体障害者（3級～6級）に準ず。
	特 別 障 害 者	(1) 知的障害者（重度）に準ず。	(2) 身体障害者（1級、2級）に準ず。
		(3) ねたきり老人	

注 (1) 申請者は太線内のみ記入。

(2) 申請者は対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合、すみやかに認定を受けた市町村長等にその旨を報告しなければならない。

※下欄もご記入ください。

対象者との続柄		用 途	<input type="checkbox"/> 年末調整・年金機構用 <input type="checkbox"/> 市県民税・確定申告用 (対象年：平成 _____ 年)
申請者電話番号			