障害者控除対象者認定申請書

令和　　　年　　　月　　　日

吹田市長　宛

〒　　　　　－

（申請者）住所

（電話番号　　　－　　　　－　　　　）

氏名

（対象者との続柄：　　　　　　　　　）

　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・特別障害者としての認定を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 吹田市 |
| ふりがな  氏名 |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　年　　　月　　　日　　（　　　歳） |
| 障がいの  状況 | １　介護認定を受けている  　　（介護保険被保険者証番号：　　　　　　　　　　　　　）  　　　要介護状態区分等：要支援　１・２　　　要介護　１・２・３・４・５  　　　認定の有効期間　：　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日    ２　６５才以上で６か月程度以上ねたきりの状況 | |

【注：過去に遡って認定を求める場合のみ記入してください】

|  |  |
| --- | --- |
| 過去に遡って認定を求める期間 | 年分　　～　　　　年分 |

認定にあたって、要件確認のために、私の介護認定結果、調査票・意見書を閲覧することに同意します。

対象者氏名

代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄：　　　　）