

記入例

障害者控除対象者認定申請

郵送申請の場合は「投函日」を記入してください。

令和 元年 10 月 1 日

税の控除を受けよう  
としている方

吹田市長あて

〒 564 - 0041

(申請者) 住所 吹田市出口町 19-2

(電話番号 06 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 )

氏名 吹田 太郎

(対象者との続柄： 長男 )

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157号）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。

認定を受けようとして  
いる方

対象者	吹田市 泉町 1-3-40
ふりがな 氏名	すいた はなこ 吹田 花子
生年月日	明治・大正・昭和 4 年 6 月 4 日 ( 86 歳)
障がいの 状況	<p>① 介護認定を受けている (介護保険被保険者証番号： 0000000000 )</p> <p>要介護状態区分等：要支援 1・2 要介護 1・2・3 ④ 5</p> <p>認定の有効期間：平成 27 年 4 月 1 日～令和 元年 3 月 31 日</p>
認定を受けようとして いる方	<p>75歳以上で6か月程度以上ねた</p> <p>過年度分の税控除の申請をされる 場合にのみ記入してください。</p>

介護保険被保険者証を  
確認してください。

【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： \_\_\_\_\_ )

心身の状況等により、対象者が自署でき  
ない場合に記入してください。