

様式第1号(第3条関係)

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

名寄市長 様

(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11に定める障害者又は特別障害者として認定されるよう申請します。

なお、この申請における対象者の要介護認定の結果及び調査内容等について、名寄市が調査することに同意します。

記

対 象 者	住 所				
	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	要介護認定の有無 (いずれかに○印を付けてください。)	有・無	身体障害者手帳等の有無 (いずれかに○印を付けてください。)	有・無	
障害事由 (該当する □内にレ を記入し てください。)	障 害 者	<input type="checkbox"/> 身体障害者(3級から6級まで)に準ずる。 <input type="checkbox"/> 知的障害者(軽度又は中度)に準ずる。			
	特別障害者	<input type="checkbox"/> 身体障害者(1級又は2級)に準ずる。 <input type="checkbox"/> 知的障害者(重度)等に準ずる。 <input type="checkbox"/> ねたきり老人			

備考 申請者は、太線内のすべてを記入してください。

介護保険被保険者番号

--