

第1号様式(第3条関係)

年 月 日

東大和市長 殿

〒

住所

申請者氏名

電話 ( )

対象者との続柄 ( )

障害者控除対象者認定申請書

所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の7に規定する  
障害者控除対象者としての認定を、下記のとおり申請します。

記

対象者 氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日( 歳)
住所	〒	電話	( )
要介護認定 区分	申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
障害の状況	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 身体障害に準ずる		

同意書

東大和市長が障害者控除対象者の認定のために必要があるときは、要介護認定又は要支援認定に係る調査内容及び主治医意見書を閲覧することに同意します。

対象者氏名 \_\_\_\_\_ ④

以下市役所確認欄

被保険者番号		申告の対象となる年	
要介護度	要支援 / 要介護 ( )	得点表	点
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
自立度 障	調査票	認	調査票
	意見書		意見書
該当区分	<input type="checkbox"/> 特別障害者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 非該当		