

第 1 号様式（第 3 条関係）

障害者控除対象者認定申請書

大井町長 様

所得税法施行令(昭和40年・政令第96条)第10条第1項第7号及び同条第2項第6号並びに
地方税法施行令(昭和25年・政令第245号)第7条第7号及び第7条の15の8第6号に定める
障害者又は特別障害者控除対象者として認定を受けたいので、次のとおり申請します。

			申請年月日	令和 年 月 日
申請者	氏 名		対象者との関係	
	住 所	〒 電話番号 ()		

※ 申請者が対象者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

対象者	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名			生年月日
	住 所	〒 電話番号 ()		
要介護認定の有無		・ 認定あり ・ 認定なし		
障害の状況	精 神 の 状 況	1 常時介護を要する重度の知的障害 2 外出時のみ介護を要する知的障害の状態		
	身 体 の 状 況	1 6ヶ月以上臥床し、日常生活に支障がある寝たきり状態 (寝たきりになった時期 年 月頃) 2 寝たきりの毎日で、寝込みがちの状態 3 歩行、起居動作が不自由で、外出が困難な状態 4 外出可能であるが、介護を要する状態		

障害者控除対象者認定にあたり、要件の確認等必要に応じ、対象者の介護保険要介護認定における情報を町が調査することに同意いたします。

対象者氏名 _____ 申請者（代筆者）氏名 _____