

# 障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

三田市長 宛

申請者住所：〒

氏名：

電話番号：

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に定める障害者として認定されたく申請します。

なお、認定にあたっては、認定事務に必要な対象者の介護保険等の情報を調査することを承諾します。

対象者	住所			
	氏名			
	生年月日	大正・昭和 年 月 日	申請者との続柄	
障害の状況	[要介護状態区分] 被保険者番号： 要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 [認定の有効期間] 平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日			

[三田市記入欄]

起案日：令和 年 月 日						
次のおり認定してよろしいか（伺い）						
<input type="checkbox"/> 障害者 [ <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 身体]						
<input type="checkbox"/> 特別障害者 [ <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> ねたきり老人]						
・障害高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2						
・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> M						
<input type="checkbox"/> 非該当 [理由： ]					文書記号番号 三介 第 号	
課長	副課長	係長	主任	係	完結年月日	原義確認
					令和 年 月 日	件