様式第１号（第４条関係）

障害者控除対象者認定申請書

　 　 　　　　　年　　　月　　　日

　　色麻町長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 申請者氏名 |  | ㊞ |
| 電話番号 |  |
| 対象者との続柄 |  |

　　下記の者について、所得税法施行令第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第7条第7号及び第7条の15の7第6項に定める障害者・特別障害者としての認定を受けたいので申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  |
| 氏名 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日（満　　　　歳） |
| 身体障害者手帳 | 有 ・ 無 | 療育手帳 | 有 ・ 無 |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 有 ・ 無 |  |  |
| 要介護認定の状況 | 要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５ |
| 年の途中で死亡した場合 | 死亡年月日 | 年　　　月　　　日　　 |
| 同意欄 | 障害者控除対象者の認定に当たっては、要件確認のために必要に応じて、私の介護保険等の情報を町が調査することに同意します。対象者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |