

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

(あて先)
葛城市長

申請者 住 所

氏 名 (対象者との続柄) 印
電 話 ()

下記の者を、所得税法施行令（昭和 4 0 年政令第 9 6 号）第 1 0 条及び地方税法施行令(昭和 2 5 年政令第 2 4 5 号) 第 7 条又は第 7 条の 1 5 の 7 に定める障害者・特別障害者として認定されるように申請します。

対 象 者	住 所	葛城市		
	ふりがな 氏 名	生 年	明治・大正 昭和 年 月 日	
	性 別	男 ・ 女	要介護 認 定	未申請・自立・要支援・要介護 認定日 年 月 日

※添付書類 障害者・特別障害者控除対象者認定用意見書（別紙様式第 3 号）。
ただし、介護保険法（平成 9 年法律第 1 2 3 号）第 2 7 条第 3 項の規定に基づく主治医の意見書により判定できる場合は、省略することができる。

同 意 書

私の障害者控除対象者認定の決定に必要があるときは、次の事項が行われることについて同意します。

- (1) 私の介護認定情報について、介護保険関係当局に報告を求めること。
- (2) 私の身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、戦傷病者手帳、原子爆弾被爆者手帳などの交付情報等について関係当局に報告を求めること。
- (3) 私の世帯状況及び障害者控除について、住民基本情報関係当局及び税務関係当局に報告を求めること。

住 所
氏 名 印

※代筆の場合はご記入ください。 代筆者 (対象者との続柄)