年　　月　　日

障害者控除対象者認定申請書

大洲市福祉事務所長　　様

申請者（対象者本人または対象者を扶養している方）

住　所	
氏　名	
対象者との続柄	
電話番号	

次の対象者について、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 に定める障害者控除対象者として認定を受けたいので申請します。

対象者	住　所	大洲市		
	フリガナ		性　別	男　・　女
	氏　名			
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日		
	介護認定	有　・　無*1　※要介護認定を受けていない場合は医師意見書を添付すること。		
	対象年	年分*2	対象者が死亡又は出国されている場合はその年月日 【　　年　　月　　日】	

＊１　介護認定の有無は対象年の 12 月 31 日時点（死亡又は出国されている場合はその年月日時点）で有効な認定があれば「有」に〇をつけてください。

＊２　対象年は障害者控除を受けようとする年を記入してください。

【留意事項】

介護認定を受けている場合、対象となるかどうかの判定は介護認定審査会資料をもとに行います。従って、介護認定を受けている人でも障害者控除対象者にならない場合があります。

同　意　書

障害者控除対象者の認定申請にあたり、要件確認のため必要に応じて、私の住民基本台帳、及び介護保険法に基づく介護認定審査会資料等を調査すること、並びに担当部署へ情報提供することに同意します。

対象者氏名　　㊞

代筆者氏名　　続柄

市記入欄	①　非該当	決裁欄			
	②　知的障害者（軽度・中度）に準ず	課長	課長補佐	係長	係
	③　知的障害者（重度）に準ず				
	④　寝たきり老人				
	担当者（　　）				