

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

愛川町長 殿

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

対象者との続柄 _____

電話番号 _____

次の者について、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に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたいので申請します。

対 象 者	住 所	愛川町		
	氏 名			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	性 別	男 女
	要介護度等	なし(注) 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5		
認定基準日	年 月 日現在の状況			
申請理由	年分 確定申告等に使用するため			
認定にあたり、私の介護保険要介護認定資料を調査確認することに同意します。 対象者氏名 _____				

(注) 要介護度等が「なし」の場合は、医師の診断書を添付してください。