

年 月 日

蟹江町長 殿

〒 -

住所 \_\_\_\_\_

電話 ( \_\_\_\_\_ )

申請者

氏名 \_\_\_\_\_

(対象者との続柄: \_\_\_\_\_)

障害者控除対象者認定申請書

下記の者が所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条第1項第7号及び地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条第7号に規定する障害者又は所得税法施行令第10条第2項第6号及び地方税法施行令第7条の15の7第6号に規定する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	
	ふりがな 氏名	( _____ ) (性別: 男・女)
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( _____ 歳)
介護認定	介護保険被保険者証番号: 2500 要介護状態区分: 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定の有効期間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日	
認定を求める期間	_____ 年分	

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要介護認定等情報を蟹江町が調査することに同意いたします。

①対象者氏名（自署） \_\_\_\_\_

②自署困難なため①を代署 (代署者氏名) \_\_\_\_\_ (対象者との間柄: \_\_\_\_\_)

③対象者が \_\_\_\_\_ 年 月 日死亡のため自署及び同意を得ることができません。

※対象者が自署困難な場合は、本人に説明し同意を得た上で代署してください。