様式第１号（第３条関係）

障害者控除対象者認定申請書

森町長　太田　康雄　様

令和　　年　　月　　日

申請者	住　　所			
	氏　　名		対象者から見た続柄	
	電話番号			

次の者を所得税法施行令第 10 条及び地方税法施行令第 7 条又は第 7 条の 15 の 7 に定める障害者・特別障害者として認定されるよう申請します。

対 象 者	介護保険被保険者番号			
	住　　所			
	氏　　名		性　　別	男 ・ 女
	生年月日	Ｍ・Ｔ・Ｓ　　年　　月　　日		

認定申請に当たっては、要件確認のために、私の介護保険要介護・要支援認定等の情報（主治医意見書）を町が調査することに同意いたします。

対象者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※対象者が自署困難な場合は、本人の理解と同意の上で代筆記入すること

事務局記入欄

対象期間	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日		
障害高齢者	（自立・Ｊ１・Ｊ２）（Ａ１・Ａ２）（Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２）		
認知症高齢者	（自立・Ⅰ）（Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ）（Ⅳ・Ｍ）		
～			
～			
～			
～			
～			