

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

六戸町長 様

申請者住所  
申請者氏名 印  
連絡先 電話 ( ) - ( ) - ( )  
対象者との続柄

次の者を所得税法施行令 (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 11 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	住所	性別	男 女
	氏名 ( 歳)	生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日
障がい の 状 況	(要介護度： ) 精神の状況： 身体の状況：  状況の継続 有・無		

- (注) 1. 障がいの状況は、具体的に詳しく記入してください。  
2. 対象者が、介護保険法に基づく要介護認定結果要介護 1～5 を有していない場合、医師の診断書の添付が必要です。

認定にあたっては、要件確認のために必要に応じて、わたしの介護保険等の情報を町が調査・確認することに同意します。

上記申請者にわたしの障害者控除対象者認定書 (認定非該当通知書) を交付することに同意します。

対象者の障がいの事由の変更・消滅が生じた場合すみやかに、認定を受けた六戸町長にその旨を報告します。

対象者氏名 (自署) \_\_\_\_\_

※ 本人記入できないため (続柄 \_\_\_\_\_) の \_\_\_\_\_ が代筆