様式第１号（第３条関係）

障害者控除対象者認定申請書

　　年　　月　　日

四国中央市福祉事務所長　様

申請者　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　対象者との関係

　次の者について、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に規定する障害者又は特別障害者控除対象者として認定を受けたく申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　所 |  | | |
| 氏　名 |  | | |
| 性　別 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 現在の  状　況 | □知的障がい者に準ずる。  □身体障がい者に準ずる。  □６月程度以上臥床し、食事・排便等の日常生活に支障がある。  　（寝たきり状態になった時期　　　　　　年　　月頃） | | |

（注）「現在の状況」欄には、状態の有無について、必ずご記入ください。

　　（いずれかの□をチェックしてください。）

　私の要介護認定に係る認定調査票及び主治医の意見書等の個人情報を、障害者控除対象者認定に際し、利用することに同意します。

対象者氏名