

第1号様式（第3条関係）

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

鶴田町長 相川正光 殿

申請者 住 所

氏 名

印

(被保険者との続柄)

電 話

)

— — —

下記の介護保険被保険者を、所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条第1項第7号及び第2項第6号並びに地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条第7号及び第7条の15の11第6号に規定する認定を受けたいので申請します。なお、認定にあたり要件確認のため、必要に応じて介護保険法等の情報を町が調査・確認することに同意します。

被保険者番号	0	0	0	0						
被保険者氏名										
被保険者住所 (申請者と同じ場合は記入不要)										
生年月日・性別	明治・大正・昭和 年 月 日生 (男・女)									
申請目的	令和 年分の所得税確定申告等に使用するため									

町記入欄

要介護度		認知症自立度		障害自立度						
要介護 1 2 3 4 5		II	・ III	・ IV	・ M	A	・ B	・ C		
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで									
該当区分	障 害 者		特別障害者			非 該 当				
	課 長		班 長			担 当				

※ 障害者手帳 なし ・ あり (身体・愛護・精神 種 級)

※ 通知方法 郵送 ・ 税務課会計課 ・ 窓口 ()