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

　玉東町長　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　印

続柄(　　　　)

電話(　　　　―　　　　　)

　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8に定める障害者・特別障害者としての認定を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 介護保険認定有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日　 |
| 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 障害事由 | □知的障害者に準ずる□身体障害者に準ずる |

　※　障害事由の欄は該当する項目にチェックをしてください。

　本認定審査に必要な、要介護認定に関する情報の閲覧に同意します。

対象者氏名　　　　　　　　　　　印