

令和 年 月 日

障害者控除対象者認定申請書

(宛先) 厚木市長

申請者 住所
氏 名
電話番号
続 柄

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7に定める 障害者 特別障害者 としての認定について申請します。

対象者	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
障害の状況	要介護状態区分： 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定の有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 介護保険被保険者証番号：（ ）			
認定に当たり、私の介護保険要介護認定資料を調査確認することに同意します。 ①対象者氏名 (自署) _____ ②自署困難なため①を代署 (代署者氏名) _____ (続柄：)				
備考				

- 注 (1) 申請者欄及び太枠内を記入してください。
- (2) 申請者は、対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合は、速やかに認定を受けた市町村長にその旨を報告してください。