第１号様式（第２条関係）　　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		性　　別	男　・　女
	氏　　名		生年月日	明治・大正・昭和 年　　月　　日
障害の状況	要介護状態区分：　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)　申請者は、太線内のみ記入してください。
　　(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。