

別 記

様式第 1 号(第 3 条関係)

年 月 日

彦根市福祉事務所長 様

〒 ー  
申請者 住所  
(電話番号 )  
氏名 (続柄 )

障害者控除対象者認定申請書

下記の者が所得税法施行令(昭和 40 年政令第 96 号)第 10 条および地方税法施行令(昭和 25 年政令第 245 号)第 7 条または第 7 条の 15 の 8 に定める障害者または特別障害者であることを認定されるよう申請します。

記

対象者	介護保険 被保険者番号		障害者 手帳	<input type="checkbox"/> 持っていません
	住所	〒 ー		※手帳を取得済みの方は、申請の必要はありません。
	氏名		生年月日	年 月 日
対象年	年分			

この申請に当たり、私の要介護認定の結果、調査内容等、審査に必要な情報を閲覧されることに同意します。

(対象者氏名)

※市記入欄

整理番号			
要介護度		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
障害高齢者の 日常生活自立度		認知症高齢者の 日常生活自立度	
審査結果	障害者	(1)知的障害者(軽度・中度)に準 ずる。	(2)身体障害者(3 級から 6 級まで) に準ずる。
	特別障害者	(1)知的障害者(重度) に準ずる。	(2)身体障害者(1 級・2 級)に準ずる。
	非該当		