

様式第 1 号（第 4 条関係）

障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書

フリガナ			
対 象 者 氏 名			
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日	男 ・ 女	
住 所	古殿町大字 字 電話番号		
証 明 年	平成 年分		
古殿町長 様 上記のとおり、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 条及び第 7 条の 15 の 11 の規定に基づき、障害者控除対象者認定の申請をします。 なお、本認定にあたって、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 27 条及び第 32 条に規定する「認定調査票」及び「主治医意見書」を使用することに同意いたします。 平成 年 月 日			
フリガナ		本人との続柄	
申 請 者 氏 名	印		
申 請 者 住 所	電話番号		

介 護 度	認定調査票		主治医意見書	
	障害老人自立度	痴呆性老人自立度	障害老人自立度	痴呆性老人自立度

認 定 結 果	普通障害 ・ 特別障害 ・ 非該当
---------	-------------------