

障害者控除対象者認定申請書

〇〇年 〇月 〇日

武蔵村山市長 殿

申請者 住所 武蔵村山市学園4-5-1  
氏名 武蔵 良子  
電話 042-590-1233

下記の者を、所得税法施行令第10条第1項第7号及び第2項第6号並びに地方税法施行令第7条第7号及び第7条の15の7第6号に規定する障害者・特別障害者として認定くださるよう申請します。

記

対象者	住所	武蔵村山市本町1-1-1	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女
	氏名	武蔵 太郎	生年月日	〇〇年〇月〇日
対象者の状況	<div>・ 要介護認定の有無 <input checked="" type="checkbox"/>有（要介護1・要介護2・<input checked="" type="checkbox"/>要介護3・要介護4・要介護5） 無</div> <div>・ 常に就床を要し、複雑な介護を要する状態になった時期 年 月 頃</div> <div>・ 認定を希望する基準年（令和〇年）</div>			

同意書

上記の申請に際し、介護認定調査票、主治医意見書その他申請に係る必要な資料を関係各課から収集し、調査することに同意します。

氏名 武蔵 太郎

受付印