

様式第1号

障害者控除対象者認定申請書

令和5年1月20日

伊丹市福祉事務所長

窓口に来る方をご記入
ください。

申請者氏名 伊丹 丸男 続柄 本人

住所

伊丹市中央〇 - ×

電話番号 (072) - (000) - (0000)

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に定める障害者又は特別障害者として認定されたく申請します。

対象者	住所 <u>伊丹市中央〇 - ×</u>		
	氏名 <u>伊丹 丸男</u> (<u>75</u> 歳)	生年 月日	<u>昭和21年5月5日</u>
障害 の 状況	要介護状態区分	要支援 <u>①・2</u> 要介護 (1・2・3・4・5)	
	① 身体的に介護を要する状態にある 2 軽・中程度の認知症がある 重度の認知症がある 4 その他 (
備考	<u>令和4年度分発行希望</u>		

枠内は、お持ちの介護保険証を参考
にご記入下さい。

※郵送請求の際は、こちらに必要な年度の記入をお願いします。

認定にあたっては、要件確認のため必要に応じて、対象者の介護保険に関する情報を市が調査・確認することに同意します。

対象者氏名 伊丹 丸男

対象者様の署名をお願い
します。

※上記について、対象者本人の同意を確認の上、代筆しました。

(続柄 _____) 申請者氏名 _____

様式第1号

障害者控除対象者認定申請書

令和5年1月20日

伊丹市福祉事務所長

(来庁の場合) 窓口に来る方をご記入ください。

申請者氏名 西野 東子 続柄 長女

住所

伊丹市西野〇ー×

電話番号 (072) - (000) -

ケアマネジャーが申請される場合は事業所の住所をご記入ください。

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第245号)第7条又は第7条の15の7に定める障害者又は特別障害者として認定されたく申請します。

対象者	住所 <u>伊丹市西台〇ー〇</u>		
	氏名 <u>池尻 花子</u>	生年 月日	昭和 <u>21</u> 年 <u>5</u> 月 <u>5</u> 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)	
	① 身体的に介護を要する状態にある 2 軽・中程度の認知症がある 重度の認知症がある 4 その他 (枠内は、お持ちの介護保険証を参考にご記入下さい。	
備考	令和4年度分発行希望		

※郵送請求の際は、こちらに必要な年度の記入をお願いします。

認定にあたっては、要件確認のため必要に応じて、対象者の介護保険に関する情報を市が調査・確認することに同意します。

対象者氏名 池尻 花子

対象者様の署名をお願いします。(代筆可)

※上記について、対象者本人の同意を確認の上、代筆しました。

(続柄 長女) 申請者氏名 西野 東子

代筆の場合、こちらもご記入下さい。