

障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書

年 月 日

伊丹市福祉事務所長

申請者氏名 _____ 続柄 _____
住所 _____

電話番号 (_____) — (_____) — (_____)

所得税法施行令（昭和 4 0 年政令第 9 6 号）第 1 0 条及び地方税法施行令（昭和 2 5 年政令第 2 4 5 号）第 7 条又は第 7 条の 1 5 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		
	氏名 (歳)	生年 月 日	年 月 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 3 重度の認知症がある 4 その他 ()		
備 考			

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 _____

※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 _____