様式第１号

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 | | | |
| 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