

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 _____