令和　　年　　月　　日

酒田市福祉事務所長　宛

申請者　住 所　〒

氏 名

（対象者との続柄:　　）

電話番号

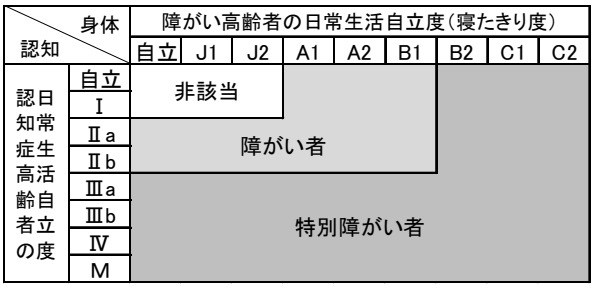
障害者控除対象者認定申請書

下記対象者を、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 ・ 特別障害者　として認定されるよう申請します。

なお、障害者控除対象者認定申請の審査にあたり、下記対象者の介護認定に係る認定調査票等の関係資料を閲覧することに同意します。

対象者	住 所	酒田市		
	フリガナ 氏 名		生年月日 年齢	大正・昭和 年　月　日生 （満　　歳）（※65 歳以上）
	介護保険 被保険者番号		要介護度	非/支 1・2/介/1・2・3・4・5

※以下、福祉事務所記載欄

	自立度		障害判定	判定日	認 定 期 間	要介護度	審査会資料	
	身体	認知					期日	班
①			非・障・特障		～			
②			非・障・特障		～			
③			非・障・特障		～			

◎認定基準表