様式第1号(第4条関係)

障害者控除対象者認定申請書

年　　月　　日

三郷市長　あて

申請者　住所

氏名

(対象者との続柄)

電話　　　　(　　　)

　所得税法施行令第10条第1項第7号及び同条第2項第6号並びに地方税法施行令第7条第7号及び同令第7条の15の7第6号の規定により障害者又は特別障害者として認定を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 三郷市 | | |
| ふりがな  氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
|  |
| 対象年 | 年分 | 要介護認定等 | 事業対象者・要支援・要介護  認定日　　　　年　　月　　日 |

※添付書類　障害者・特別障害者控除対象者認定用意見書(様式第2号)。ただし、介護保険法第27条第3項又は同法第32条第3項の規定による主治医の意見書により判定できる場合は、省略することができる。

|  |
| --- |
| 同意書  　私又は私の親族の障害者控除対象者認定の決定に必要があるときは、次の事項が行われることについて同意します。  (1)私又は私の親族の介護認定情報について、介護保険関係当局に報告を求めること。  (2)私又は私の親族の身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、戦傷病者手帳、原子爆弾被爆者手帳などの交付情報等について関係当局に報告を求めること。  (3)私又は私の親族の世帯状況及び障害者控除について、住民基本情報関係当局及び税務関係当局に報告を求めること。  　　　　　年　　月　　日  住所  氏名　　　　　　　　　　　　印  (対象者との続柄) |