

様式第1号

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

福 津 市 長 様

申請者住所 _____

申請者氏名 _____ (自署または記名押印)

申請者電話番号 _____

下記の者を所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条並びに地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条及び第7条の15の7に定める（障害者・特別障害者）として認定して下さるよう申請します。

(注) 申請者は、該当項目の番号に○印をすること。

対 象 者	住 所															
	氏 名				介護保険 被保険者番号											
	生年月日	年 月 日			申請者との 続柄											
	要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5														
	認定の 有効期間	年 月 日 ~			年 月 日											
使用目的		年分以降の 所得税・市県民税申告のため														
障 害 の 状 況	精神の状況	1. 常時介護を要する重度の知的障害の状況														
		2. 外出時のみ介護を要する知的障害の状況														
		3. 普通														
	身体の状況	1. 6ヶ月以上臥床し、日常的に支障のある寝たきり状態 (寝たきりになった時期 年 月頃)														
		2. 寝たり起きたりの毎日で、寝込みがちの状態														
		3. 歩行、起居動作が不自由で外出困難な状態														
		4. 外出可能であるが、介護を要する状態														
		5. 普通														

認定にあたっては、要件確認のために必要に応じて、対象者の保険者（または前保険者）が保有する要介護・要支援認定情報等を介護保険係職員が調査することに同意します。

申請者氏名 _____ (自署または記名押印)