障がい者控除対象者認定書交付申請書

令和　　　年　　月　　日

十日町市長　　様

申請者　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　（申告者）

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　続柄

氏　名　　　　　　　　　　　　　　（　　　　）

電　話　　　　　　-　　　　　　-

　所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第７条又は第７条の15の７に定める障がい者･特別障がい者として認定書を交付するよう申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対 象 者 | 住　　所 | 十日町市　 |
| フリガナ |  | 介護保険被保険者番号 |
| 氏　　名 |  |  |
| 生年月日 | 大 ・ 昭 　　 年　　 月 　　日（　　　歳） | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 介護度 | 要支援 １ ・ ２　　要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ | ※該当するいずれかに〇 |

なお、障がい者控除対象者認定にあたり、私の介護保険に係る介護認定情報その他これに準ずる情報を調査することに同意します。

対象者氏名

※市処理欄

受　付　印

|  |  |
| --- | --- |
| 介護認定日 | 平 ・ 令　　　　年　　　　月　 　　日 |
| 有効期間 | 開始　平 ・ 令　　　年　　 　月 　　　日から終了　平 ・ 令　　　年　 　　月　　 　日まで |
| 対象年度 | （　　　　年分） |
| 納付書発行日 | ／ | 手数料納入日 | ／ | 認定書等発送日 | ／ |
| 決定内容 | 障(知)・障(身)・特(知)・特(身)・寝・外 |

（2019.11）