

障害者控除対象者認定申請書 兼 認定証明書

長与町長 様

年 月 日

申請者（代理人） 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

下記の者について、所得税法施行令第 10 条第 1 項第 7 号及び第 2 項第 6 号並びに地方税法施行令第 7 条第 7 号及び第 7 条の 15 の 1 1 第 6 号に規定する障害者控除対象者としての認定を受けたいので、次のとおり申請します。

また、この申請に伴い、要件確認のために必要に応じて、下記対象者の要介護認定情報等を調査することに同意します。

なお、代理申請の場合、認定及び証明書の交付について、被保険者本人からの依頼により申請することを宣言します。

(被保険者)

フリガナ		被保険者番号
氏 名		
住 所		
生年月日	年 月 日	
使用目的	年分の所得税・住民税申告等に使用するため	

※市町村記入欄

障害者控除対象者認定証明書

様

年 月 日

上記の者を、所得税法施行令第 10 条第 1 項第 7 号及び第 2 項第 6 号並びに地方税法施行令第 7 条第 7 号及び第 7 条の 15 の 1 1 第 6 号に規定する障害者控除対象者として、下記のとおり証明する。

- 障害者控除対象者（要介護 1 2 3）として認定する。
- 特別障害者控除対象者（要介護 4 5）として認定する。

長与町長 吉田 慎一