



障害者控除対象者認定申請書

〇〇年 〇月 〇日

久慈市福祉事務所長 様

申請者 住 所 久慈市川崎町1-1

氏 名 久慈 太郎 (印)

電話番号 52-2111

対象者 長男
との関係

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11の規定による障害者控除対象者である認定を受けたいので、次のとおり申請します。

障害者控除対象者認定を受けたい方(要介護認定を受けている方)

対 象 者	住 所				
	氏 名	久慈 花子			
	生年月日	〇年 〇月 〇日	性別	男 ・ (女)	
障 害 の 状 況	認知症、杖歩行、寝たきり 等 心身の状態について デイサービス 3日/週 〇〇施設入所 等 福祉サービスの利用状況				
使用目的	令和 〇〇 年分の所得の申告に使用するため				

認定にあたっては、要件確認のために必要に応じて、市が私の介護保険等の状況を調査することに同意します。

障害者控除対象者認定を受けたい方(要介護認定を受けている方)

対象者氏名 久慈 花子 (印)