障害者控除対象者認定申請書

年　　月　　日

（あて先）南伊勢町長

次のとおり、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 7 に規定する障害者控除対象者としての認定を下記のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="5">対象者</td><td>ふりがな</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">〒
度会郡南伊勢町</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">大・昭　　年　　月　　日</td><td>介護保険
被保険者番号</td><td></td></tr>
<tr><td>対象年</td><td>令和　　年分</td><td colspan="2">対象者が死亡、又は出国している場合はその年月日</td><td>令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">申請者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">被保険者
との関係</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏　名</td><td colspan="2" rowspan="2">□対象者と同じ</td></tr>
<tr><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>住　所</td><td colspan="4">□対象者と同じ
〒</td></tr>
<tr><td colspan="2">認定書送付先</td><td colspan="4">□　対象者住所　　□　申請者住所
□　その他（〒　　）</td></tr>
</table>

障害者控除対象者認定申請にあたり、要件確認のために必要に応じて、対象者の要介護認定に係る介護保険認定審査会資料を調査・閲覧することに同意します。

対象者（本人）署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※対象者が死亡している場合は、申請者の氏名をご記入ください。

代筆者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

対象者との関係（　　）

※対象者が自署できない理由

□身体状況等により署名できないため

□病状等により意思確認できないため

□その他（　　）