

## 障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

（提出先）  
川越市社会福祉事務所長

郵便番号 ー

申請者 住 所  
（税の申告をされる方） 氏 名

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に定める障害者・特別障害者として認定を受けたいので申請します。

◎申請者は、該当する項目に記入してください。

対 象 者	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	申請者との続柄	
	要 介 護 認 定	要介護（ ）		
	障 害 者 手 帳（身体・療育・精神）	有 ・ 無 <small>※「有」の場合は申請できません</small>		

**本人同意事項**

私は認定に必要があるときは、介護保険法に基づく要介護認定に係る調査内容及び判定結果、及び住民基本台帳並びに障害認定に関する情報について市が調査することに同意します。

対象者氏名 \_\_\_\_\_

代筆者名 \_\_\_\_\_（続柄）

（注）本人同意事項は、原則として対象者本人の署名とするが、都合により本人が記入できない場合は代筆によるものとする。