

結城市障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

結城市長 様

申請者 住所

氏名

TEL ( )

下記の者を所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条第1項第7号及び同条第2項第6号並びに地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条第7号及び第7条の15の7第6号に定める障害者・特別障害者として認定を受けたいので申請します。

対象者	住 所			
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄	
	要介護・要支援認定の有無		有 ・ 無	

障害の状況	精神の状況	1 常時介護を要する重度の知的障害の状態 2 外出時のみ介護を要する知的障害の状態 3 普通
	身体の状況	1 ねたきりの状態が6箇月以上続き、日常生活を行う上で介護を必要とする状態 2 ねたきりではないが、寝込みがちの状態 3 立ったり座ったりの動作や歩行が不自由で、外出困難な状態 4 外出可能であるが、介護を要する状態 5 普通

(注) 申請者は、該当する項目の番号に○をつけてください。

認定に当たっては、要件確認のために必要に応じて、市長が私の介護保険等の情報を利用することに同意します。

対象者氏名 \_\_\_\_\_