

## 結城市障害者控除対象者認定申請書

令和▲年▲月▲日

結城市長 様

- ①申請者は窓口来庁される方の氏名をご記入ください。  
 ②申請者の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証など)をご提示ください。  
 ③対象者を確認できる書類(マイナンバーカード、介護保険被保険者証など)の提示が必要です。  
 ※郵送申請の場合、②、③は写しを提出してください。

申請者 住所 **結城市中央町二丁目3番地**  
 氏名 **結城 つむぎ**  
 TEL ( 34 ) 0417

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	<b>結城市中央町二丁目3番地</b>		
	氏 名	<b>結城 太郎</b>	性 別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	生年月日	<b>昭和25 年 5 月 5 日</b>	申請者との続柄	<b>父</b>
	要介護・要支援認定の有無		<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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。

対象者本人が署名できない場合は、必ず代筆者氏名をご記入ください。

対象者氏名 **結城 太郎**  
 代筆 **結城 つむぎ**