第１号様式（第３条関係）

**障害者控除対象者認定申請書**

　　年　　月　　日

（あて先）浜松市　　　　福祉事業所長

　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　　　　 ）

申請者

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印をしてください）

　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄　　　　　　　　 　　　）

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く、申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 大正 ･ 昭和・西暦　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 認定対象年 | | 年分 |
| 要介護認定の有無 | | 有（介護保険被保険者番号　　　　　　　　　　　）・　無 |
| 障害の  状況  （該当項目に○） | 身体  の  状況 | 1. 日常生活に支障のあるねたきり状態   　　（ねたきりになった時期　　　　　　年　　　月頃）  ２．ねたきりではないが、日常生活に支障のある状態  ３．日常生活に支障はない |
| 精神  の  状況 | 1. 常時介護を要する重度の認知症の状態 2. 外出時のみ介護を要する中･軽度の認知症の状態 3. 介護を要する認知症はない |

認定に当たっては、要件確認のために必要に応じて、対象者の介護保険等の情報を市が調査することに同意します。

対象者署名　　　　　　　　　　　　代筆者署名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄）

（対象者死亡の場合：申請者署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）