

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

多摩市福祉事務所長 殿

〒

申請者 住所

氏名

電話

下記の者を、_____年分の税申告のため、所得税法施行令（昭和 40 年政令第 96 号）第 10 条第 1 項第 7 号又は第 2 項第 6 号及び地方税法施行令（昭和 25 年政令第 245 号）第 7 条第 7 号又は第 7 条の 15 の 7 第 6 号に規定する障害者・特別障害者として認定を受けたいので申請いたします。

対象者	住 所	多摩市	
	氏 名		
	生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日	
	性 別	男性 ・ 女性	
	申請者との続柄		
	介護保険の認定 状況	要介護認定	要介護（ ）
介護保険被保険者 番号		第	号

上記対象者の障害者控除対象者認定のために、多摩市長が介護保険の要介護認定に係る医師の意見書について閲覧することに同意します。

氏名

※身体障害者手帳 1 ・ 2 級又は精神障害者保健福祉手帳 1 級の認定を受けている方は、特別障害者控除を受けられるため、本申請を行う必要はありません。

<以下市役所使用欄> -----

受付年月日	年 月 日	確 認 印	
要介護度	要介護 1 2 3 4 5		
認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日		非該当
障害高齢者自立度	自立 J A B C		障害
認知症高齢者自立度	自立 I II III IV M		特別障害