

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。

Table with columns for 対象者 (Target), 住所 (Address), 氏名 (Name), 生年月日 (Date of Birth), 性別 (Gender), 申請者との続柄 (Relationship), 介護保険の認定状況 (Nursing Insurance Status), 要介護認定 (Nursing Care Level), 要介護 (Nursing Care), 介護保険被保険者番号 (Nursing Insurance Member No.), 第 号 (No.)

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>

Table with columns for 受付年月日 (Application Date), 要介護度 (Nursing Care Level), 認定期間 (Certification Period), 障害高齢者自立度 (Disability Elderly Independence), 認知症高齢者自立度 (Dementia Elderly Independence), 確認印 (Confirmation Seal), 非該当 (Not Applicable), 障害 (Disability), 特別障害 (Special Disability)