

第 1 号様式

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いので申請いたします。

対象者	住所		
	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	なし・要介護 ()
介護保険被保険者 番号		第	号

医師の意見書又は診断書の提出に代わり、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 27 条に規定する主治医意見書についての閲覧を同意いたします。

氏名 _____

<以下市役所使用欄> -----

受付年月日	年 月 日
要介護度	要介護 1 2 3 4 5
認定期間	~ 年 月 日 年 月 日
障害高齢者自立度	自立 J A B C
認知症高齢者自立度	自立 I II III IV M
苑名（住民）コード	

確認印	
-----	--

	非該当
	障害
	特別障害