様式第１号

四條畷市障害者控除対象者認定申請書

年　　　月　　　日

四條畷市福祉事務所長　様

（申請者）　　　　　　　　　　　　　　 続 柄

氏　　名　　　　　　　　　　　　　（　　　　）

住　　所

電話番号

下記の者を、所得税法施行令（昭和40年政令第96条）第10条及び地方税法施行令（昭和25年政令第245条）第７条に定める障害者・特別障害者として控除対象者とする認定を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　所 |  | | 性　別 | | 男　・　女 |
| 氏　名 |  | 生年月日 | | 年 　月　 日 | |
| 対　象　年　度 | | 年度  （　　　　　年中の収入に基づく税申告に使用します） | | | | |
| 要介護・要支援認定 | | 有　　　・　　　無 | | | | |

上記対象者の障害者控除対象者認定に必要のあるときは、介護保険者が保有する対象者の介護保険要介護認定・介護保険要支援認定にかかる調査内容、一次判定結果、介護認定審査会の判定結果・意見の提供を受け、障害者控除対象者の認定に目的外利用をすることに同意します。

対象者本人氏名

注意：申請者は、対象者の障害事由に変更・消滅が生じた場合は、すみやかに四條畷市福祉事務所長にその旨を報告して下さい。