

様式 1

## 障がい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 \_\_\_\_\_ ⑩ ( )  
住 所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

下記の者を、所得税法施行例（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 条に定める障がい者・特別障がい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	明治・大正・昭和 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			

上記対象者の障がい者控除対象者認定に必要なときは、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、障がい者控除対象者の認定に目的外利用をする事に同意します。

対象者本人氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

注意：申請者は、対象者の障がい事由に変更・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。