

様式第1号(第4条関係)

障害者控除対象者認定書

介総第 号
年 月 日

(申請者) _____ 様

志摩市福祉事務所長

下記の者を、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 として認定する。
特別障害者

また、この障害者控除対象者認定書の有効期間は、 年 月 日から
年 月 日までとする。

申請者	住 所		氏 名	
対象者	住 所		性 別	
	氏 名		生年月日	年 月 日
障害理由	障害者	(1) 要介護度 2、3	(2) 知的障害者(軽度・中度)に準ずる	
		(3) 身体障害者(3級～6級)に準ずる		
	特 別 障害者	(1) 要介護度 4、5	(2) 知的障害者(重度)に準ずる	
		(3) 身体障害者(1級、2級)に準ずる	(4) ねたきり老人	

- 注 (1) 申請者は太線内のみ記入すること。
(2) 申請者は対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合、速やかに認定を受けた福祉事務所長にその旨を報告しなければならない。
(3) この障害者控除対象者認定書は、有効期間中保管すること。

※認定に当たっては、私の介護保険にかかる要介護認定情報あるいは、認定調査票情報を調査することに同意します。

対象者氏名 _____