

様式第1号（第3条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

播磨町長 様

住所 _____

申請者 氏名 _____

電話番号 _____

対象者との続柄 _____

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号）第7条又は第7条の15の7に定める障害者又は特別障害者として認定くださるよう申請します。

対象者	住所	〒 _____		
	フリガナ 氏名	_____	性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	介護保険 被保険者番号	_____
要介護 認定の 状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
手帳の有無	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	戦傷病者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
認定対象年			年分	

（注1）認定対象年には、認定を必要とする年を記入してください。

（注2）認定を必要とする年の翌年1月1日以降に申請してください。

認定に当たっては、用件確認のため必要に応じて、私の介護保険等の情報を町が調査することに同意します。

対象者氏名（自筆） _____

代筆の場合 代筆者氏名 _____

対象者との続柄 _____

代筆の理由 _____