

障害者控除対象者認定申請書

申請年月日 年 月 日

(あて先) 町田市福祉事務所長

所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条第1項第7号又は第2項第6号及び地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条第7号又は第7条の15の7第6号に規定する障害者控除対象者認定について、下記のとおり申請します。

Application form table with fields for applicant (申請者), target (対象者), address (住所), name (氏名), gender (性別), birth date (生年月日), and care degree (要介護度).

町田市福祉事務所が私の介護保険要介護認定の審査資料について閲覧することに同意します。

※申請者以外の方の来所の場合、または申請者以外の宛先に郵送をご希望の場合は下記もご記入ください。

(申請者と住所が同一の場合は氏名欄のみ記入)

Form for additional information including sender (来所者郵送先), address (住所), name (氏名), and reason (理由).

以下市役所使用欄

Large table for municipal office use containing columns for target year (対象年), care degree (介護度), certification date (認定基準日), certification period (認定期間), and self-reliance levels (障害自立度, 認知症自立度).