



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。

申請者	住所	町田市	氏名	
			電話	()
対象者	住所	町田市	性別	男 ・ 女
	ふりがな		生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日
	氏名			
介護保険被保険者番号	0 0 0		要介護度	介 1・2・3・4・5
認定申請年	平成 年 令和 年			

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)

来所者 郵送先	住所		氏名	申請者との続柄 ()
			電話	()
理由	<input type="checkbox"/> 申請者が入院・入所中		<input type="checkbox"/> その他()	

以下市役所使用欄

対象年	介護度	認定基準日	認定期間	障害自立度			認知症自立度			NO
				1	2	3	4			
		/ /	~ / /	自	J A B C	自	I II III IV M			
		/ /	~ / /	自	J A B C	自	I II III IV M			
		/ /	~ / /	自	J A B C	自	I II III IV M			
		/ /	~ / /	自	J A B C	自	I II III IV M			
		/ /	~ / /	自	J A B C	自	I II III IV M			
		/ /	~ / /	自	J A B C	自	I II III IV M			

申請者	免・保・マイ・他()	代理申請	免・保・マイ・他()	作成	確認
備考					