

障がい者控除対象者認定申請書

年 月 日

門真市福祉事務所長 様

住所 _____

(申請者) 氏名 _____ ㊟

電話番号 _____

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 条）第 7 条又は第 7 条の 15 の 7に定める障害者・特別障害者としての認定を申請します。

対象者	住 所	門真市	性別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日
対象年	_____年 1 2 月 3 1 日時点			

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認定に目的外利用する事に同意します。

対象者本人氏名 _____ ㊟

注意： 1) 申請者は、対象者の障がい事由の変更・消滅が生じた場合は、すみやかに門真市福祉事務所長にその旨を報告して下さい。