（様式第１号）

障害者控除対象者認定申請書

　 年　 月 　日

中野市福祉事務所長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　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・特別障害者として認定してください。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和年　 月 　日 |
| 要介護度 | １　・　２　・　３　・　４　・　５ |

※　障害者控除対象者認定に当たっては必要に応じ、私の介護保険認定に必要な個人情報を、中野市福祉事務所職員が調査、閲覧並びに使用することに同意します。

対象者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　㊞

※対象者が自署できない場合

（代筆者氏名　　　 　　　　　　　　　　　　　㊞）