様式第１号（第５条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年　　月　　日

　下野市福祉事務所長　　　　　　　様

　　　　　(申請者)　住所

(本人又は扶養者)　氏名

※申請者が扶養者の場合

(本人との続柄　　　　　　　)

　所得税法施行令第１０条及び地方税法施行令第７条又は第７条の１５の８に定める者であることの認定を受けたいので、下野市要介護認定者等に係る障害者控除対象者認定取扱要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　所 |  | 性　別 | 男・女 |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 要介護認定日 | | 年　　月　　日 | |
| 要介護認定有効期間 | | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | |
| 障害内容 | １　知的障害者(軽度・中度)に準ず  ２　身体障害者(肢体不自由者３級～６級)に準ず  ３　知的障害者(重度)等に準ず  ４　身体障害者(肢体不自由者１級～２級)に準ず | | | |

私は、要介護認定に係る資料等の内容を障害者控除対象者の認定のために利用することに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　本人氏名　　　　　　　　　