

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

弘前市福祉事務所長 宛

氏名 弘前 太郎 続柄 長男

〒036-8551

申請者 住所 弘前市大字上白銀町1-1

電話 (0172)-(40)-(7114)

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されたく申請します。

対象者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別住所：弘前市大字		請求年			要介護度	基準日	年齢
	氏名	弘前 花子		3	年分	4	年末・その他：		
	性別	男・ <u>女</u>		2	年分	3	年末		
	生年月日	大正・ <u>昭和</u> 〇〇年〇〇月〇〇日			年分		年末		
					年分		年末		

わからない場合は
記入不要です

認定に当たっては、要件確認のために必要に応じて、わたしの介護保険等の情報を市が調査・確認することに同意します。

対象者の障がいの事由の変更・消滅が生じた場合、すみやかに認定を受けた弘前市福祉事務所長にその旨を報告します。

署名欄

対象者氏名(自署) 弘前 花子

※ 本人が記入できないため(続柄：長男)の 弘前 太郎 が代筆

備考 申請者は、原則として本人又は扶養義務者等の親族とします。

上記の者について、下表のとおり決定してよろしいかお伺いします。

請求年	審査結果	障がいの理由	要介護度
年分		知的障がい・身体障がい・ねたきり高齢者	

記入不要

課長	課長補佐	係長	係

令和 年 月 日

発送番号