

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 _____ 続柄 _____
〒 _____

申請者 住所 _____

電話 ()-()-()

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 type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別住所：弘前市大字				被保険者番号		
	氏名		請求内容	請求年	要介護度	基準日	年齢	
	性別	男・女		年分		年末・その他：		
	生年月日	大正・昭和 年 月 日		年分		年 末		
				年分		年 末		
		年分			年 末			

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) _____

※ 本人が記入できないため(続柄: _____)の _____ 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	

課長	課長補佐	係長	係

令和 年 月 日

発送番号 _____