障害者控除対象者認定申請書

年　　月　　日

（宛先）小矢部市長

（申請者）
住所
氏名
連絡先　　　（　　）

下記の者を所得税法施行令（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に定める障害者控除対象者として認定を受けたいので申請します。

対象者	住　所	小矢部市		
	氏　名		申請者との続柄	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳）		
障害の状況	精神の状況	１．常時介護を要する重度の精神障害の状態 ２．外出時のみ介護を要する精神障害の状況 ３．普通		
	身体の状況	１．６か月以上臥床し、日常生活に支障のあるねたきり状態 （ねたきりになった時期　　　年　　月頃） ２．寝たり起きたりの毎日で、寝込みがちの状態 ３．歩行、起居動作が不自由で、外出困難な状態 ４．普通		

（注）申請者は、障害者控除対象者とします。ただし、障害控除対象者が意思表示をすることができない場合は、扶養義務者が申請してください。

（注）申請者は、該当項目番号に〇印を記入してください。

認定に関する状況確認のために、砺波地方介護保険組合が所有する要介護認定等に関する情報の閲覧又は必要に応じ実態調査に同意します。 （対象者又は申請者） 氏名