

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

倉敷市 社会福祉事務所長 様

〒 -

住 所

氏 名

電話番号

続 柄

所得税法施行令（昭和40年政令96号）第10条及び地方税法施行令（昭和25年政令245号）第7条又は第7条の15の7に定める障害者・特別障害者としての認定を申請します。なお、本人の所得調査及び介護保険認定調査票確認など認定に係る必要な調査について同意します。

(認定を受けようとする者)

フリガナ			
氏 名			
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日	満	歳
住 所	〒 -		
	倉敷市		
介護認定	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		

※ 介護認定が未申請の場合は、市の職員による電話での聞き取り調査の他、日常生活の状況についての訪問調査の結果により判断します。

※下の欄には記入しないこと

認定区分	<input type="checkbox"/> 非該当	決裁者 担当者	
	<input type="checkbox"/> 障害者（知的・身体）		
	<input type="checkbox"/> 特別障害者（知的・身体・ねたきり）		
決裁	年・月・日	受け渡し	
	・	郵便 ・ 窓口	