様式第１号（第４条関係）

障害者控除対象者認定申請書

　　年　　月　　日

　（宛先）白岡市長

住　　所

申請者　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　(対象者との続柄:　　　　 )

 電話番号

　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・特別障害者として認定されたく、申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　　　　所 |  |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 性　　　　別 | 男　　・　　女 |
| 要介護（要支援）認定の内容 | 要介護状態区分等 | 要支援１・２　　　　要介護１・２・３・４・５ |
| 認定の有効期間 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　　　　年　　　月　　　日まで |

　認定に当たっては、要件確認のために必要に応じて、私（対象者）に係る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。

1. 対象者氏名（自署）
2. 自署困難なため①を代署（代署者氏名）　　　　　　　　　　(対象者との続柄:　　　 )