（様式第1号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　上　里　町　長　様

　　　　　　　**障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書**

　　　確定申告に使用したいので、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・特別障害者に準ず

　るものとして、下記の介護保険要介護認定者に対する認定を願います。

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

 電話番号

　　　　対　象　者

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　　　　　所 | 氏　　　　 　　名 |
| 上里町大字 |  |
| 生 　年 　月　 日 | 被 保 険 者 番 号 |
| 明治・大正・昭和年　　 　月　　　　日 |  |
| 要介護度を○で囲む（令和　　年　12月　31日現在又は喪失時） | 要介護度　　　　２　・　３　・　４　・　５ |