

記入例

様式第1号(第2条関係)

記入不要

※中津市が記入します

No.

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

中津市介護長寿課長 あて

郵便番号 871-8501

住 所 中津市豊田町14番地3

申請者氏名 中津 太郎

電話番号 0979 - 22 - 1111

認定対象者との続柄 長男

所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条第1項第7号及び同条第2項第6号並びに地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条第7号及び第7条の15の7第6号に定める障害者又は特別障害者の認定を申請します。

認定対象者	住 所	〒 (871 - 8501) 中津市豊田町14番地3		
	フリガナ	ナカツ	イチロウ	
	氏 名	中津	一郎	
	生年月日	明治・大正・昭和	5 年 1 月 1 日 生	
	身体障害者手帳	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	療育手帳	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
	精神障害者保健福祉手帳	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	介護認定	有(要介護 要支援(3))・無
	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		

申請に係る同意事項

この申請の障害の状況を確認するため、私の する関係情報を閲覧することに同意します。また、申請内容に変更が生じた時、又は、障害者控除対象者としての認定を受けた場合で、その認定事由が消滅した時は、速やかにその旨を届け出ます。

介護保険証(ピンク色の証書)の
被保険者番号

対象者氏名 中津 一郎

※本人記入困難なため(続柄 長男)が代筆 代筆者氏名 中津 太郎