

平成 年 月 日

障害者控除対象者認定申請書

川辺町長 様

申請者 住所 〒 ー

氏名 続柄
()

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
 特別障害者控除 として認定されたく申請します。

*なお、障害者控除対象者の認定に当たり、介護認定にかかる認定結果、調査票及び主治医意見書の内容を参考にされることに同意します。

記

対象者

住所	川辺町					
氏名						
性別	<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 女			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
被保険者番号	0	3	0	0	0	0
備考	申請年 平成 年分					

<処理欄> ※記載の必要なし

	主治医意見書確認欄					
<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b
<input type="checkbox"/> 特障	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> 非該当						