

障害者控除対象者認定申請書(令和〇年分)

申請年月日 令和 〇年 〇月 〇日

行方市長 様

申請者 住所 行方市●●●  
氏名 行方 太郎  
対象者との続柄 子  
電話番号 0299-12-1234

下記の者を、所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の7に定める障害者又は特別障害者として認定くださるよう申請します。

対象者	住所	行方市●●●	性別	男・女
	氏名	行方 一郎	生年月日	昭和10年5月15日
	状況	・寝たきり 時期 年 月頃から		
障害理由	障害者	(1) 知的障害者 (軽度・中度)に準ず。	(2) 身体障害者 (3級～6級)に準ず。	記入は不要です
	特別障害者	(1) 知的障害者 (重度)に準ず。	(2) 身体障害者 (1級・2級)に準ず。	
		(3) ねたきり老人		

(注)

申請者は、対象者の障害理由の変更・消滅が生じた場合、速やかに認定を受けた市長にその旨を報告しなければならない。