

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

中川村長様

(申請者)

住所: _____

氏名: _____

対象者との関係 _____

所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条並びに第7条の15の7に定める
(障害者・特別障害者)としての認定を申請します。

対象年	令和 年分 ← 認定を必要とする年(税の控除を受ける年)をご記入ください。			
対象者	住所		性別	
	氏名		生年月日	
	介護保険 被保険者番号		要介護度	
申請理由	所得税確定申告等に使用する為			
同意欄	<input type="checkbox"/> 障害者控除対象者認定申請にあたり、対象者の要件を確認するために、介護保険要介護認定情報を利用することに同意します。			

※上記の個人情報利用に同意される場合は、同意欄へ☑してください。

中川村確認欄

介護度	認定期間		認定調査日	寝たきり度	認知度
	開始日	月数			