

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: _____ (印)

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				

※ 障害者控除対象者認定に際して、必要に応じて、私の介護保険要介護認定情報を調査することに同意します。

(対象者氏名)

_____ (印)

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	確認者
	開始日	月数				

主治医意見書記載内容確認書交付申出書

(おむつ使用証明書に準じる確認書交付申出書)

令和 年 月 日

中川村長様

(申請者)

住所: _____

氏名: _____ (印)

対象者との関係

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、おむつ代の医療費控除の証明(2年目以降)に必要な事項について、確認願います。

対象年	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	00		要介護度	

※ 主治医意見書記載内容確認書の交付を受けるにあたり、私の介護保険要介護認定情報を調査し情報提供することに同意します。

(対象者氏名)

_____ (印)

中川村確認欄

介護度	認定期間		意見書記載日	寝たきり度	失禁	確認者
	開始日	月数				