

障害者控除対象者認定書

室高齢第 号
年 月 日

様

室蘭市福祉事務所長 印

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・特別障害者）として認定する。

申請者	住所 (電話)	氏名	
対象者	住所	性別	男 ・ 女
	氏名	生年月日	M T S 年 月 日 (歳)
対象年度	年度		
同意	要介護認定に係る調査内容の使用及び障害者手帳の有無確認について同意します。 年 月 日 (対象者) (代筆者) (対象者との関係)		

障害事由	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
	特別障害者	(1) 知的障害者（重度）に準ず (3) ねたきり老人	(2) 身体障害者（1級～2級）に準ず
特記事項	認定基準日		
	平成・令和	年 月 日	現在
	平成・令和	年 月 日	現在
	平成・令和	年 月 日	現在
	平成・令和	年 月 日	現在
注(1) 申請者は太枠内のみ記入 (2) 申請者は対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合、すみやかに認定を受けた福祉事務所の長にその旨を報告しなければならない。			