

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

京丹波町長 様

住所
申請者
氏名

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 11 に定める障害者又は特別障害者としての認定を申請します。

記

申請者		続柄	
対象者	住所	性別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日
	氏名	要介護認定の有無	有 ・ 無
障害の状況			

認定にあたっては、必要に応じて、私の介護保険等の情報を町長が調査することに同意します。

対象者氏名(署名又は記名押印) _____ 印

※京丹波町記入欄

以下のとおり要介護認定情報等を確認する。 ①障害老人の日常生活自立度 (ねたきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 ②認知症老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
