

様式第 1 号（第 5 条関係）

障害者控除等対象者認定申請書

年 月 日

蓮田市長 宛て

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号

次の者を所得税法施行令第 10 条第 1 項第 7 号又は同条第 2 項第 6 号及び地方税法施行令第 7 条第 7 号又は第 7 条の 15 の 7 第 6 号に定める障害者控除等対象者に認定するよう申請します。

|            |       |                                           |                 |       |
|------------|-------|-------------------------------------------|-----------------|-------|
| 対 象 者      | 住 所   |                                           |                 |       |
|            | 氏 名   |                                           | 性別              | 男 ・ 女 |
|            | 生年月日  | 明・大・昭 年 月 日                               | 申請者との続柄         |       |
| 要介護認定の 内 容 | 要介護度  | 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5<br>(要支援の方は該当となりません) |                 |       |
|            | 認 定 日 | 年 月 日                                     |                 |       |
|            | 認定期間  | 年 月 日から<br>年 月 日まで                        |                 |       |
| 障害者手帳の 区 分 | 有     | 身体障害者手帳                                   | 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 級 |       |
|            |       | 精神障害者保健福祉手帳                               | 2 ・ 3 級         |       |
|            |       | 療育手帳                                      | B ・ C           |       |
|            | 無     |                                           |                 |       |