

様式第1号

障害者控除対象者認定申請書（ 年分）

年 月 日

柏原市福祉事務所長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____

電話番号 () _____

次の者について、所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条第1項第7号及び同条第2項第6号並びに地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条第7号及び第7条の15の11第6号に定める障害者・特別障害者として認定を受けたいので申請します。

対象者	住 所	柏原市			
	氏 名			性 別	男・女
	生 年 月 日	年 月 日			
	身体障害者手帳	有・無	療育手帳	有・無	
	精神障害者保健手帳	有・無	要介護度		
障害の 状 況	精 神 の 状 況	1 常時介護を要する重度の知的障害の状態 2 外出時のみ介護を要する知的障害の状態 3 普通			
	身 体 の 状 況	1 6箇月以上臥床し、日常生活に支障のある寝たきり状態 (寝たきりになった時期 年 月頃) 2 寝たり起きたりの毎日で、寝こみがちの状態 3 歩行、起居動作が不自由で、外出困難な状態 4 外出可能であるが、介護を要する状態 5 普通			

(注) 申請者は、該当する項目又は番号に○印を記入してください。

認定に当たっては、要件確認のために必要に応じて、私の介護保険等の情報を市が調査することに同意します。

対象者氏名 _____