

障害者控除対象者認定申請書

令和 ○年 ○月 ○日

坂戸市長 石川 清 様

申請者 住所 **坂戸市千代田○-○-○**
氏名 **坂戸 花子**
続柄 **長女**
電話 **283-1331**

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に定める身体障害者に準ずる者として認定願います。

記

対象者	氏名	坂戸 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	昭和○年○月○日
	住所	坂戸市 千代田1-1-1			
対象者の状況	・ねたきり 時期 年 月頃から ・認知症状 時期 平成30年 1月 頃から ・介護保険認定 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 ・入院・入所施設 ()				
同意書 認定に係る審査に必要があるときは、対象者本人の要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護保険認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書の内容及び関係機関等に確認することに同意いたします。 氏名 坂戸 太郎 代筆 坂戸 花子					