

(様式1号)

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

貝塚市福祉事務所長 様

所得税法施行令及び地方税法施行令に規定する障害者控除対象者としての認定を下記のとおり申請します。

記

対象者	住所	貝塚市	介護保険被 保険者番号	
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	
			電話番号	
	要介護状態	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5		
基準日	年 月 日			
同意書				
貝塚市長 様				
貝塚市福祉事務所長が、障害者控除対象者認定のために、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を閲覧することに同意します。				
年 月 日				
対象者氏名 _____				
※自署又は記名押印				
申請者	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ (以下この欄 記入する必要ありません) <input type="checkbox"/> 対象者を扶養家族として申告するもの (以下に記入してください)			
	住所 _____	電話番号 _____		
	氏名 _____	対象者との続柄 _____		
窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (以下この欄 記入する必要ありません) <input type="checkbox"/> 申請者以外 (以下に記入してください)			
	住所 _____	電話番号 _____		
	氏名 _____	申請者との続柄 _____		