障害者控除対象者認定願

令和　　年　　月　　日

三浦市福祉事務所長

申　請　者　　住　　所
（税の控除を受ける人）

氏　　名	
電話番号	
対象者との続柄	

次の者が、所得税法施行令及び地方税法施行令に定める障害者控除対象者であることを認定していただきたく願い出ます。

対象者住所			
対象者氏名		生年月日	年　　月　　日
対象年	年分		

障害者控除対象者認定に際し、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書等を担当職員が閲覧することに同意します。

対象者氏名（※）　　（代筆：　　）
※対象者が死亡している場合は申請者氏名

※以下は処理欄ですので、記入しないでください。

判　定　結　果					
障害者	□　(1)知的障害者(中程度）に準ず。□　(2)身体障害者(3級～6級）に準ず。				
特別障害者	□　(1)知的障害者(重度）に準ず。　□　(2)身体障害者(1級、2級）に準ず。				
	□　(3)ねたきり老人				
認定期間	年　月　日　～　年　月　日				
上記の願いについて、次のとおり決定してよろしいか。					
決定区分	□　認　定	□　不認定　（理由　　）			
起案日	令和　年　月　日	公印使用 承 認 印			
決裁日	令和　年　月　日				
交付日	令和　年　月　日				
丙	部　長	課　長	G　L	課　員	起案者