

## 障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

三戸町長 殿

住所  
申請者 氏名  
(申告者)  
電話番号  
対象者との続柄

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7第6号に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたいので申請します。

また、障害者控除対象者認定申請にあたり、要件確認のために必要に応じて、対象者の住民基本台帳、課税台帳、障害者手帳の有無、並びに介護保険法に基づく介護保険認定審査会資料を調査することについて、対象者より了承を得た上で同意します。

なお、このことに起因する諸問題が発生した場合には、私が責任をもって対処することを約束します。

|     |                |       |               |                  |  |
|-----|----------------|-------|---------------|------------------|--|
| 対象者 | 住 所            |       |               |                  |  |
|     | 氏 名            |       |               |                  |  |
|     | 生年月日           | 年 月 日 | 障害者手帳<br>等の有無 | 有・無              |  |
|     | 介護保険被<br>保険者番号 |       | 介護度等          | 要介護<br>1 2 3 4 5 |  |
|     | 申告の対象<br>となる年  | 年分    |               |                  |  |

(注) ※申請者は、対象者の障害事由に変更・消滅が生じた場合には、速やかに三戸町長にその旨を報告しなければなりません。

※認定基準は、対象年度の12月31日の状態となります。