

(記載例)

様式第2号(第5条関係)

令和〇年1月31日

おいらせ町長

申請者 住所 おいらせ町中下田〇-〇
氏名 奥入瀬 太郎
(対象者との続柄 長男)
連絡先 0178-56-〇〇〇〇

障害者控除対象者認定申請書

次の者を、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 障害者・特別障害者としての認定を申請します。

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、申請者及び対象者の住民基本台帳、課税台帳、障害者手帳の有無及び介護保険認定情報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。

対象者	住所	おいらせ町中下田〇-〇		
	氏名	奥入瀬 花子	生年月日	昭和〇年△月□日
認定区分	1	障害者(①要介護1 <input checked="" type="checkbox"/> ②要介護2 <input type="checkbox"/> ③要介護3)		
	2	特別障害者(①要介護4 <input type="checkbox"/> ②要介護5)		
申告の対象となる年	令和□年分			

注 申請する際は対象者の介護保険被保険者証及び、申請される方が本人以外の場合は、申請される方の本人確認書類を持参してください。

◎対象となる方は以下の要件を全て満たす方となります。

- ・申告対象年の12月31日時点(年の途中で死亡された場合は死亡日)でおいらせ町に住所を有する方
- ・65歳以上の方
- ・介護保険の要介護1~5に認定された方
- ・障害者手帳の交付を受けていない方(手帳等により障害者控除を受けることができるため申請不要です。)
- ・所得税、住民税が課税されている方(本人またはその扶養者)

◎この認定は、所得税や住民税の障害者控除を受けるための認定で、障がい者を対象とした他の制度やサービスの対象となることを証明するものではありません。