第１号様式（第３条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年　　月　　日

郡山市福祉事務所長

申請者
郵便番号　：（　　－　　）
住　　所　：
氏　　名　：
電話番号　：（　　－　　－　　）
対象者との関係　：
認定書等送付先　：□申請者住所　□対象者住所　□その他

所得税法施行令第 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。

<table>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>住　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>年齢</td><td>満　　歳</td></tr>
<tr><td rowspan="6">福祉事務所記入欄</td><td>障害者手帳の有無</td><td colspan="3">□有（□身体障害者手帳（　　級）
□療育手帳（　A・B　）
□精神障害者保健福祉手帳（　　級））
□無</td></tr>
<tr><td colspan="4">介護保険被保険者番号　（　　）</td></tr>
<tr><td>要介護認定の有無</td><td colspan="3">□有（□要支援（　　）　□要介護（　　）
要介護認定期間：（　　年　月　日～　年　月　日））
□無</td></tr>
<tr><td rowspan="3">自立度</td><td></td><td>認定調査書</td><td>主治医意見書</td></tr>
<tr><td>障　害</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>認知症</td><td></td><td></td></tr>
</table>

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、障害者手帳及び介護保険認定審査会資料を調査すること、並びに税担当部署へ情報提供することに同意します。

対象者（本人）署名（対象者が死亡している場合は申請者）：

（代筆　　）対象者との関係（　　）

※対象者が自署できない場合はその理由
□身体状況等により署名できないため
□病状等により意思確認できないため
□その他（　　）

※申請者欄と太枠の中だけ記入してください。