**障害者控除対象者認定申請書（令和　　年分）**

**令和　 年 　月 　日**

**長岡京市長　あて**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申請者** | **住　所** | **〒　　　　－**  **電話番号 （　　　　）　　　　　―** | |
| **フリガナ** |  | |
| **氏　名** |  | |
| **対象者との関係（続柄）** | |  |

　下記の者について、所得税法施行令第１０条及び地方税法施行令第７条又は第７条の１５の７に定める障害者又は特別障害者としての認定を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **対象者** | **介護保険被保険者番号** | | **００００** | |
| **住　所** | **電話番号 （　　　　）　　　　　―** | | |
| **フリガナ** |  | | **生　年　月　日** |
| **氏　名** |  | | **大 ・ 昭　　　年 　 月 　日** |

**障害者控除対象者認定のために、上記対象者の介護保険等の情報を市が利用することに同意 します。**

**氏名**

**(対象者又は申請者)**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

【 市役所使用欄 】

1. 確認書類 …… □ 介護保険被保険者証　　　□ 身分証明書（運転免許証等）　　　□ 登記事項証明書
2. 自 立 度 …… 障害高齢者自立度 （　　　　）　、　認知症高齢者自立度 （　　　　）