

障害者控除対象者認定申請書

平成 年 月 日

(申請先) 大阪市 都島 区保健福祉センター所長

(申請者) 住所 大阪市 _____ 区 _____

氏名 _____ ⑩

電話番号 _____ - _____ - _____

対象者との続柄 _____

下記の者について、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 11 に定める障害者(特別障害者)として認定していただくよう申請します。(対象年: _____ 年)

対象者	住所	大阪市都島区	性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
障害の 状況	(1) 知的障害者に準ずる。	ア 軽度・中度 イ 重度		
	(2) 身体障害者に準ずる。	ア 身体障害者手帳 3～6 級 イ 身体障害者手帳 1・2 級		
	(3) ねたきり高齢者(6 ヶ月以上寝たきりの状態)			

※ 該当する番号に○を付けてください。

控除対象者の認定にあたっては、必要に応じて、対象者の介護保険に関する情報を大阪市が調査することに同意します。 介護保険被保険者証番号 _____ 番

対象者氏名印 _____ ⑩

申請者氏名印 _____ ⑩