

障がい者控除対象者認定申請書

平成 年 月 日

(申請先) 大阪市 区保健福祉センター所長

(申請者) 住所 大阪市 区

氏名

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 7 に定める障がい者(特別障がい者)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 区	性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
障がいの 状 況	(1) 知的障がい者に準ずる。	ア 軽度・中度 イ 重度		
	(2) 身体障がい者に準ずる。	ア 身体障がい者手帳 3～6 級 イ 身体障がい者手帳 1・2 級		
	(3) ねたきり高齢者(6 か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

区福祉業務担当取扱欄							
1 認定書交付 〔平成 年 月 日付 第 号〕	課長	課長代理	係長	担当係長	係員	公印審査	
						取扱責任者	文書主任
2 認定書不交付							