

## 様式第 1 号（第 2 条関係）

## 障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

南三陸町長 様

住 所

氏 名

㊞

電話番号

次の者を所得税法施行令（昭和 4 0 年政令第 9 6 号）第 1 0 条及び地方税法施行令（昭和 2 5 年政令第 2 4 5 号）第 7 条又は第 7 条の 1 5 の 7 に定める障害者又は特別障害者として認定されるよう申請します。

対象者	住 所			
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄	
障害の状況	精神の状況	1 外出時のみ介護を要する知的障害の状況（認知症も含む。） 2 常に介護を要する重度の知的障害の状況（認知症も含む。） 3 その他（ ）		
	身体の状況	1 外出可能であるが、介護を要する状態 2 歩行、起居動作が不自由で、外出困難な状態 3 寝たり起きたりの毎日で、寝込みがちの状態 4 6 か月以上臥床し、日常生活に支障のある寝たきり状態 5 その他（ ）		

※ 該当項目の番号を「○」で囲むこと。

認定に当たっては、要件確認のために、必要に応じて私の介護保険要介護認定等情報を町が調査することに同意いたします（対象者が自署困難の場合は、本人に説明し、理解を得た上で、申請者が代筆記入すること。）。

対象者氏名

㊞