

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

（宛先）大田区福祉事務所長

住 所 _____

申請者 氏 名 _____（続柄）

電話番号 _____

下記の者を、所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条第7条の15の7並びに相続税法第19条及び相続税法施行令第4条の4に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたく申請します。

記

対象者 (高齢者)	住 所	東京都大田区	
	ふりがな 氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 認知症により介護を要し、知的障害者に準ずる状況 <input type="checkbox"/> 加齢により介護を要し、身体障害者に準ずる状況 <input type="checkbox"/> 6か月以上臥床し、日常生活に支障があるねたきり状態 （ねたきりになった時期： 年 月頃）	
申請理由 (発行希望年) ※直近5年分まで	申請理由	<input type="checkbox"/> 確定申告用（ 年 ～ 年）の（ ）年分 <input type="checkbox"/> 年末調整用 <input type="checkbox"/> 死亡時申告用（死亡日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 相続税申告用（被相続人氏名： _____） 被相続人死亡日： 年 月 日	
	上記申請に当たり、介護保険法第27条の要介護認定及び同法第32条の要支援認定に係る資料等について、大田区が確認することに同意します。		
本人 (対象者) 同意欄	本人署名		※本人が自署できない理由 <input type="checkbox"/> 身体状況により署名困難 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	(代筆者)	(続柄：)	

※事務処理欄

申請方法	窓 口 ・ 郵 送					
確認書類	申請者	運転免許証 ・ 健康保険証 ・ 他（ ）				
	本人	介護保険証 ・ 健康保険証 ・ 他（ ）				
発行年数		係員	係長	課長	公印	
※郵送の場合のみ	発送日（ 年 月 日）					