

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

(あて先) 一宮市長

申請者 住所

(電話番号 — —)
氏名

(対象者との続柄)

下記の者を、所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条に定める

[障害者・特別障害者] として認定してください。

記

(平成・令和 年分)

対象者	住所	1. 申請者に同じ 2. その他 ()	性別	男・女
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日

※以下記入しないでください。

障害事由	障害者	(1) 知的障害者（軽度・中度） に準ずる。	(2) 身体障害者（3級～6級） に準ずる。
	特別 障害者	(1) 知的障害者（重度） に準ずる。	(2) 身体障害者（1・2級） に準ずる。
		(3) ねたきりの高齢者	
備考	平成・令和 年12月末日時点の要介護度 1・2・3・4・5		