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

　東松島市長　様

住所

申請者　氏名

対象者との続柄

次の者を所得税法施行令第10条第1項第7号又は第2項第6号及び地方税法施行令第7条第7号又は第7条の15の7第6号に定める障害者控除対象者として認定されるよう申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  |
| (フリガナ)氏名 |  | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　日 |
| 障害の状況 | １　要介護（要支援）認定を受けている。２　６月以上臥床し、日常生活に支障のある寝たきり状態にある。 |
| 認定を申請する期間 | 　　　　　年分 |

※注：申請者は、該当項目の番号を「○」で囲むこと

　　認定に当たっては、東松島市長が要件確認のために、必要に応じて私の介護保険要介護認定等情報を調査することに同意いたします。

対象者氏名（自署）

　　　※　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代筆記入すること。

　　　対象者が　　　　年　　月　　日死亡のため自署同意を得ることができません。