

（宛先） 能登町長

〒 _____
 住 所 _____
 氏 名 _____
 対象者との続柄 _____
 電話番号 _____

障害者控除対象者認定申請書

下記の者に係る税控除を受けたく、認定書の交付を申請いたします。

対象者	住 所								
	氏 名					生 年	年	月	日
	介護保険被保険者番号					認定が必要な所得の年			

なお、認定にあたり対象者の要介護認定に係る認定調査票の閲覧及び身体障害者手帳等の交付の有無について確認することに同意します。

対象者（申請者）氏名 _____

（対象者が認知症等で記入不能の場合は、申請者の記名・押印）

事務処理欄（以下の記入は不要です）

障害者 ・ 特別障害者 に準ずると認められるため、認定書を交付してよろしいか。

起案日	年	月	日	課 長	課長補佐	課 員	担 当
決裁日	年	月	日				

対象年	区 分		判 定
	障 害	認 知	
	J・A・B・C	自立・I・II・III・IV・M	特別障害者 障害者 対象外