

様式第 1 号（第 2 条第 1 項関係）

障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書

年 月 日

古河市長 宛て

申請者 郵便番号
住 所
氏 名
連絡先 ()

次の者を所得税法施行令第10条第 1 項第 7 号及び同条第 2 項第 6 号並びに地方税法施行令第 7 条第 7 号及び第 7 条の15の 7 第 6 号に定める障害者・特別障害者として認定を受けたく、次のとおり申請します。

		認 定 対 象 年	年 中	
対 象 者	介 護 保 険 被 保 険 者 番 号			
	住 所			
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生 年 月 日	年 月 日	申請者との 続 柄	
	要介護・要支援 認 定	有 ・ 無		
障害の状況	精 神 の 状 況	1 常時介護を要する知的障害の状態 2 外出時のみ介護を要する知的障害の状態 3 普通		
	身 体 の 状 況	1 寝たきりの状態が6箇月以上続き、日常生活を行う 上で介護を必要とする状態 2 寝たり起きたりの毎日で、寝込みがちな状態 3 立ったり座ったりの動作や歩行が不自由で、外出困 難な状態 4 外出可能であるが介護を必要とする状態 5 普通		

（注） 該当する項目の番号に○印を付けてください。

認定に当たって、認定要件確認のために必要な介護保険認定等の情報を市長が利用することに同意します。

対象者氏名（自署）

※ 介護保険被保険者証を添付してください。