様式第２号（第２条関係）

障害者控除対象者認定申請書

　　年　　月　　日

（あて先）小松市長

（申請者）

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号 | 〒 |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 続柄 |  |
| 電話番号 |  |

　　所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条及び地方税法施行令（昭和25年政令第245号）

第７条又は第７条の15の7に定める障害者・特別障害者としての認定を申請します。

（対象者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年 　月　 日 |
| 介護保険被保険者番号 |  　  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申告する所得 | 　　　　　　年１月１日～　　　年１２月３１日分の所得※ |

※申告できる所得は、現在からさかのぼって最大５年分です。

（同意書）

**申請者に情報を提示すること、また介護認定を受けている場合、要介護認定に係る主治医意見書の情報を**

**市が確認することに同意します。**

　　　　　　　　　　　　　　　 　対象者　氏名　　　　　　　　　　　印

　　　（代筆もしくは記名の場合のみ押印ください。）

様式第２号の２（第２条関係）

------------------------------------------------------------------------------

事務処理欄（この欄は、記入しないでください。）

年分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 身体障害 | 知的障害 | 寝たきり |
| 障害者控除 | ３級～６級に準ずる | 軽度・中度 | Ⅱ | 準寝たきり　 | Ａ |
| 特別障害者控除 | １級～２級に準ずる | 重度 | Ⅲ　Ⅳ　Ｍ | 寝たきり | Ｂ　　Ｃ |
| 添付書類 | 指定医の証明(様式第３号) | 要介護非認定の人は医師の証明書（様式第３号） |

年分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 身体障害 | 知的障害 | 寝たきり |
| 障害者控除 | ３級～６級に準ずる | 軽度・中度 | Ⅱ | 準寝たきり　 | Ａ |
| 特別障害者控除 | １級～２級に準ずる | 重度 | Ⅲ　Ⅳ　Ｍ | 寝たきり | Ｂ　　Ｃ |
| 添付書類 | 指定医の証明(様式第３号) | 要介護非認定の人は医師の証明書（様式第３号） |

年分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 身体障害 | 知的障害 | 寝たきり |
| 障害者控除 | ３級～６級に準ずる | 軽度・中度 | Ⅱ | 準寝たきり　 | Ａ |
| 特別障害者控除 | １級～２級に準ずる | 重度 | Ⅲ　Ⅳ　Ｍ | 寝たきり | Ｂ　　Ｃ |
| 添付書類 | 指定医の証明(様式第３号) | 要介護非認定の人は医師の証明書（様式第３号） |

年分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 身体障害 | 知的障害 | 寝たきり |
| 障害者控除 | ３級～６級に準ずる | 軽度・中度 | Ⅱ | 準寝たきり　 | Ａ |
| 特別障害者控除 | １級～２級に準ずる | 重度 | Ⅲ　Ⅳ　Ｍ | 寝たきり | Ｂ　　Ｃ |
| 添付書類 | 指定医の証明(様式第３号) | 要介護非認定の人は医師の証明書（様式第３号） |

年分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 身体障害 | 知的障害 | 寝たきり |
| 障害者控除 | ３級～６級に準ずる | 軽度・中度 | Ⅱ | 準寝たきり　 | Ａ |
| 特別障害者控除 | １級～２級に準ずる | 重度 | Ⅲ　Ⅳ　Ｍ | 寝たきり | Ｂ　　Ｃ |
| 添付書類 | 指定医の証明(様式第３号) | 要介護非認定の人は医師の証明書（様式第３号） |