

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）			