

障害者控除認定申請書 (年分)

フリガナ 対象者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日生
		性別	男 ・ 女
住 所	〒 電話番号		
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 日常生活において随時一応の介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活において全面的な介護を必要とする <input type="checkbox"/> 常に就床を要し、複雑な介護を要する（6ヶ月以上ねたきり状態） <input type="checkbox"/> その他（具体的に ）		
智頭町長 様			
上記の者を、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11に定める障害者（特別障害者）として申請します。			
年 月 日			
住 所			
申請者		電話番号	
氏 名		印	

注 ・申請理由の該当箇所□に1ヶ所チェックする。
・心臓、腎臓、呼吸器、膀胱、直腸、小腸若しくはヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害による申請の場合は、医師の診断書を添付する事。