

# 障害者控除対象者認定書交付申請書

年 月 日

新発田市社会福祉事務所長 様

(申請者) 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
対象者との続柄 \_\_\_\_\_  
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11に定める障害者または特別障害者としての認定を受けたいので申請します。

対象者	住 所	新発田市	性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日
申請理由	年分の確定申告等に必要なため			

(以下は記入しないでください)

交付年月日	年 月 日 第 号	判 定
障害高齢者自立度	自立 ・ J ・ A ・ B ・ C	<input type="checkbox"/> 特別障害者
認知症高齢者自立度	自立 ・ I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M	<input type="checkbox"/> 障害者