

※申請には、①申請者の身分証明書 ②対象者の介護保険証の提示が必要です。  
郵送で申請する場合は、上記①②の写しを同封のうえご申請ください。

様式第1号（第3条関係）

障害者控除対象者認定申請書

令和〇年 〇月 〇日

山北町長 殿

申請者 住所 郡山北町山北1301-4  
氏名 山北 花子  
電話番号 090(××××)△△△△  
対象者との続柄 妻

次の者について、所得税法施行令(昭和40年・政令第96条)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・特別障害者控除対象者として認定を受けたいので申請します。

対象者	フリガナ	ヤマキタ タロウ	性別	男・女
	氏名	山北 太郎	生年月日	昭和25年 1月 11日
	住所	〒 258-0195 山北町山北1301-4 電話番号 0465 ( 75 ) ××××	申請者と同じ場合は「同上」でかまいません。 控除を受けた い年を記入	
要介護認定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 認定あり <input type="checkbox"/> 認定なし	控除適用年	令和7年	
障害者控除対象者認定にあたり、要件の確認等必要に応じ、対象者の介護保険要介護認定における情報を山北町が調査することに同意いたします。				
対象者同意欄	本人署名	山北 太郎	※本人が自署できない理由 <input checked="" type="checkbox"/> 身体状況により署名困難	
	代筆者	山北 花子 (続柄：妻)	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

(注) 申請者は、対象者の障害事由に変更・消滅が生じた場合には、すみやかに町長にその旨を報告しなければなりません。

※事務処理欄

申請方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送(発送日: 年 月 日)
確認書類	申請者 ) 本人 ) <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 他 ( )