|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者控除対象者認定書令和　　年　　月　　日申請者　様三春町長　坂本　浩之　下記の者を、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条または第７条の15の７に定める（特別）障害者として認定する。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　所 |  | 氏　名 | ㊞ |
| 対象者 | 住　所 |  | 要介護区　分 | 要介護１・２・３・４・５ |
| 氏　名 |  | 男・女 | 生　年月　日 | 明治大正　 　　年　 　月　 　日昭和 |
| 障害区分 |  | 障害者 | 身体障害者（3～6級）又は知的障害者（軽度・中度）に準ずる者 |
|  | 特別障害者 | 身体障害者（1～2級）又は知的障害者（重度）に準ずる者。寝たきり老人。 |
| 認定基準日 | 令和　　年　　月　　日 |

（１）申請者は、申請者欄及び対象者欄に記入押印してください。（２）申請者は、対象者の障害状態の変更や消滅が生じた場合、すみやかに認定を受けた市町村長にその旨を届けてください。（３）所得税や町県民税が非課税の場合は、当該申請は不要です。（事務担当）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　福島県田村郡三春町字南町１　福祉会館内　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　三春町保健福祉課　介護保険グループ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話　０２４７－６２－３１６６ |