佐々町障害者控除対象者 認定申請書（認定書）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  佐々町長　　　　　　　　　様  住　所  氏　名  電　話  下記の者について、所得税法施行令第１０条第１項第７号及び第２項第６号並びに  地方税法施行令第７条第７号及び第７条の１５の７第６号に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたいので下記のとおり申請します。 | | | | | |
| 対　象　者 | 住　　所 |  | | 性　　別 | 男　・　女 |
| ふりがな  氏　　名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 障害理由 | 障害者 | | (1)　知的障害者（軽度･中度）に準ず。 | | |
| (2)　身体障害者（３級～６級）に準ず。 | | |
| 特　別  障害者 | | (1)　知的障害者（重度）に準ず。 | | |
| (2)　身体障害者（１級・２級）に準ず。 | | |
| (3)　寝たきり高齢者。 | | |
| * 認定書　　基準日　　　　　　　年　　月　　日   上記対象者を、所得税法施行令第１０条第１項第７号及び第２項第６号並びに  地方税法施行令第７条第７号及び第７条の１５の７第６号に定める  □障害者  □特別障害者　として認定する。  　　 年　　 月　　 日  佐々町長 | | | | | |

注　（１）申請者は、太枠内のみ記入してください。

（２）申請者は、対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合には、速やかに町長に

その旨を報告してください。