**障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書**

　　令和　　　年　　月　　日

長 岡 市 長 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 〒　　　　－

住　　所

申 請 者　氏　　名　　　　　　　　　　本人との続柄

　　　　　 　　　　　 　　（　　　　）

電話番号

　　　　　　　　（　　　　）

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条又は、第7条の15の7に定める 障害者・特別障害者 として認定くださるよう申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　　所 | 〒　　　－ | 性　別 | 男　 ・ 　女 |
| 氏　　名 |  | 生　年月　日 | 大・昭　 　年 　 月 　日 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 要介護状態区分 | １・２・３・４・５ |

　認定にあたっては、要件確認のために必要に応じて、私の介護保険等の情報を市が調査す

ることに同意します。

対象者氏名

代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　（本人との続柄：　　　　）

（注）原則として対象者本人が署名してください。身体等の都合により署名ができない場合は、本人同意の上、申請者（ご家族）が代筆してください。対象者本人が死亡している場合は、相続人が署名してください。