障害者控除対象者に関する証明願

　　年　　月　　日

鯖江市福祉事務所長　殿

申請者（本人または家族）

　郵便番号：　　　－

住　　所：

　氏　　名：

対象者との続柄：

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条および地方税法施行令（昭和２５年政令第２４５号）第７条または第７条の１５の７に定める障害者控除の該当者であることを証明願います。

なお、認定にあたり、介護認定審査会資料等の関係書類を確認することに同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者住所 | 鯖江市 |
| 対象者氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 証明年 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　）年分申告用 |

※判定にあたっては、要介護度状態区分、要介護認定有効期間、障害および認知症の日常生活自立度の状況を確認します。