

障害者控除対象者認定書

NO. _____

令和 年 月 日

様

西尾市社会福祉事務所長

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** として認定する。
特別障害者

申請者	住所		氏名	
対象者	住所		性別	男・女
	氏名		生年月日	明治・大正・昭和 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) ねたきり老人		
認定期間	平成 令和 年 月 日 から 平成 令和 年 月 日まで			

- 注 (1) 申請者は太線内のみ記入。
(2) 申請者は対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合、すみやかに西尾市社会福祉事務所長にその旨を報告しなければならない。