

課長	補佐	係長	1	2
			3	4

年 月 日

(宛先) 下仁田町長

申請者 住 所  
氏 名  
続 柄  
電話番号

所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の7に定める障害者または特別障害者としての認定を申請します。

なお、認定に当たり対象者の介護保険の要介護認定に関する情報を町が確認することに同意します。

障 害 者 控 除 認 定 対 象 者			
フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	下仁田町大字		
性 別	男 ・ 女	被保険者番号	
備 考			

下仁田町記入欄

本人確認	障害高齢者 自立度	認知高齢者 自立度	確 認	対象年	受付日	受付者
マイナンバー 免許証 保険証	A1 A2 B1 B2 C1 C2	Ⅱ a Ⅱ b Ⅲ a Ⅲ b Ⅳ M	特・普・非			