

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。