

様式第1号 (第2条関係)

障害者控除対象者認定書交付申請書兼介護保険関係資料開示申出書

年 月 日

甲 良 町 長 様

私は、所得税法施行令に基づく障害者控除対象者認定書の交付を受けたく申請します。また、認定書の交付を受けることを目的に介護保険関係資料の開示を申し出します。

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
開示の方法	閲 覧			

**同 意 書**

上記申請者が私の介護保険関係資料の開示を申し出することに同意します。

年 月 日 氏 名

(事務局職員記載欄)

判定基準	障害者	(1)知的障害者 (軽度・中度) に準ずる。	(2)身体障害者 (3～6級) に準ずる。
	糊障害者	(1)知的障害者 (重度) に準ずる。	(2)身体障害者 (1・2級) に準ずる。
		(3)寝たきり老人	
	該当しない		