第１号様式（第３条関係）

年　　月　　日

障害者控除対象者認定申請書

品川区福祉事務所長　様

申請者	住　所			
	氏　名			
	対象者との続　柄		電　話	

下記により、障害者控除対象者の認定を申請します。

対象者	住　　所			
	氏　　名		性　　別	男 ・ 女
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和　　年　　月　　日（　　歳）		
	要介護認定	（※該当する介護度に○をつけてください） 要介護３（障害者控除対象）　要介護４・５（特別障害者控除対象）		
申請理由		（※必要な年を記入してください） □_____年分所得税申告および_____年度分特別区民税・都民税申告のため		
		□　その他（		

【高齢者福祉課確認欄】

控除対象区分（該当区分に○）	要介護状態区　分	認　定　期　間
障　害　者	要介護３	年　　月　　日～　　年　　月　　日
特別障害者	要介護４・５（該当区分に○）	年　　月　　日～　　年　　月　　日

＜区決裁欄＞

課　長	支援調整係長	介護認定係長	係　員