様式第2号（第5条関係）

障害者控除対象者認定書

年　月　日

申請者

　　　　　　　　　　　殿

舟橋村長

　下記の者を、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11に規定する障害者として認定します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  | 性別 | 男・女 |
| 氏名 |  | 申請者との続柄 |  | 生年月日 | 明・大・昭年　月　日 |
| 認定区分 | □障害者　　　□身体障害者（3～6級）に準ずる。　　　　　　　□知的障害者（軽度・中度）に準ずる。 |
| □特別障害者　□身体障害者（1、2級）に準ずる。　　　　　　　□知的障害者（重度）に準ずる。 |
| 認定基準日 | 年　　月　　日 |

（注）申請者は、障害者控除対象者の障害事由の変更又は消滅が生じたときは、速やかに舟橋村長にその旨を報告しなければならない。