

様式第1号 (第4条関係)

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

杵 築 市 長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____ ⑩
(電話番号 _____)

所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条及び地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条又は第7条の15の7に定める障害者として認定されたいので申請します。

認定対象者	住所				
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	介護被保険 被保険者番号			申請者との 続柄	
障がい 事由	障害者	(1) 知的障害者・精神障害者 (軽度・中度) に準ずる。	(2) 身体障害者 (3級から6級) に準ずる。		
	特別障害者	(1) 知的障害者・精神障害者 (重度) に準ずる。	(2) 身体障害者 (1級から2級) に準ずる。		

認定にあたっては、要件確認のために必要に応じて、私の介護保険等の情報を市が調査・確認することに同意します。また、申請内容が変更、又は認定の事由が消滅した場合は、速やかにその旨を報告します。

認定対象者氏名 (自筆) _____

自筆困難なための代筆

代筆者氏名 _____ (続柄) _____