

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

境町長 様

申請者 住所
氏名
続柄
電話

所得税等の申告をする方の氏名等をご記入ください。

下記の者を、所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条第1項第7号及び第2項第6号並びに地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条第7号及び第7条の15の7第6号に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたいと申請します。

【対象年】 年分

要介護認定者(本人)の氏名等をご記入ください

対 象 者	住 所	境町				
	氏 名		被 保 険 者 番 号		性 別	男・女
	生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日				
	要 介 護 等 認 定	有 ・ 無				

認定にあたって、要件確認のために必要に応じて、私の要介護等認定の情報を町が調査することに同意します。

対象者氏名(自署)

要介護認定者(本人)の氏名をご記入ください。
対象者が死亡している場合は、無記入で結構です。

本人確認書類	☐ 運転免許証	☐ マイナンバーカード
	☐ 健康保険証	☐ その他()