

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

熱海市福祉事務所長 あて

申請者 住所 _____

氏名 _____ 続柄 ()

電話 _____ ()

次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 号又は地方税法施行令(昭和 25 年政令第 245 号)第 7 条 7 号及び第 7 条の 15 の 7 第 6 号に定める障害者または特別障害者として認定されるよう申請します。

対象者	住所			
	ふりがな			
	氏名			
	性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
認定対象年	年分			
本件認定にあたり、介護保険に係る認定調査または医師意見書の内容を確認することに同意します。				
本人署名 _____				
※いづれかに署名				
代理人署名 _____ 続柄 ()				
(対象者死亡の場合：申請者署名 _____)				
担当処理欄	受付	確認	備考	
	発行			