様式第1号（第2条関係）

年　　月　　日

三豊市長　　　　様

申請者　　住所

氏名

対象者との続柄

電話番号

障害者控除対象者認定申請書

次の者について、所得税法施行令第１０条第１項第７号若しくは地方税法施行令第７条第７号に規定する障害者又は所得税法施行令第１０条第２項第６号若しくは地方税法施行令第７条の１５の７第６号に規定する特別障害者として認定を受けたいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 住　所 | □　申請者と同じ |
| 氏　名 | □　申請者と同じ | 介護保険被保険者番号 |  |
| 生年月日 |  | 年　齢 | 満　　 　歳 |
| 　認定に当たっては、要件確認のために必要に応じて、私（対象者本人）の要介護認定情報等を市が調査することに同意します。対象者氏名（署名）代筆の場合代筆者氏名（署名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄（　　　　） |

|  |
| --- |
| 認定申請年 |
| 年分 |

※　現年度を含めて過去5年分の申請が可能です。