

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 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。