

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

(あて先)
檀 原 市 長 様

申請者 住 所
氏 名
(対象者との続柄)
電 話 () -

下記の者を、所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の7に規定する
障害者又は特別障害者として認定されるよう申請します。

記

住 所 檀 原 市 町
対象者氏名
生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

※障害者控除対象者認定の資格認定の決定に係る必要事項（対象者の要介護認定等に伴う調査資料及び住民基本台帳等）の閲覧について同意します。

住 所

氏 名

(対象者との続柄)

(市確認欄)
被保険者番号 [] 確 認 帳 票 [最新・前回・その他]

課 長	課長補佐	係 長	係 員