

年 月 日

藍住町長 殿

(申請者) 住所

氏名

印

電話番号

対象者との続柄

障害者控除対象者認定申請書

下記の者について、所得税法施行令第10条第1項第7号若しくは第2項第6号又は地方税法施行令第7条第7号若しくは第7条の15の7第6号に規定する障害者若しくは特別障害者の認定を受けたいので申請します。

対象者	住所	〒			—		
	(フリガナ)						性別
	氏名	-----					男・女
	生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日	( 歳)
	電話番号						
	介護保険被保険者番号						要介護度 1・2・3・4・5
	申請目的	年分の所得税確定申告等を使用するため					
	身体障害者手帳	有・無		療育手帳	有・無		
	精神障害者保健福祉手帳	有・無		戦傷病者手帳	有・無		
知的障害者福祉法施行令第2条に規定する判定書	有・無		被爆者健康手帳	有・無			

認定に当たっては、要件確認のために必要に応じて、私の要介護認定情報等を町が調査することに同意します。

対象者氏名 (自署又は記名押印)

印