

様式第 1 号（第 3 条関係）

年 月 日

藍住町長 殿

（申請者）住所  
氏名  
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 1 0 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 1 5 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、また、申請者に認定書を交付することに同意します。

対象者氏名 （自署又は記名押印）