

# 障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

三 田 市 長 宛

申請者住所：

氏名：

(印)

電話番号：

所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条及び地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条又は第7条の15の7に定める障害者として認定されたく申請します。

なお、認定にあたっては、認定事務に必要な対象者の介護保険等の情報を調査することを承諾します。

対 象 者	住 所			
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	申請者との続柄	
障 害 の 状 況	[要介護状態区分] 被保険者番号： 要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5  [認定の有効期間] 平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日			