

# 障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

(あて先) 保健福祉センター所長

申請者 フリガナ  
氏 名

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

住 所

電話番号 — —  
対象者から見た続柄

対象者について、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・特別障害者として認定を受けたく、申請します。

また、障害者・特別障害者控除対象者認定申請にあたり、要件確認のために必要に応じて、対象者の住民基本台帳及び介護保険法に基づく介護認定審査会資料を調査することに同意します。

なお、このことに起因する諸問題が発生した場合には、私が責任をもって対処することを約束します。

1 対象者 フリガナ  
氏 名

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

住 所

介護保険被保険者証の被保険者番号

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

2 申請理由 年分の所得税の確定申告等に必要なため。