

(様式第1号)

障害者控除対象者認定申請書

平成 年 月 日

和泊町長 殿

(申請者) 住 所 _____ 印
氏 名 _____
続 柄 ()
電 話 (92-)

所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条並びに地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条又は第7条の15の11に定める障害者・特別障害者としての認定を申請します。

対 象 者	住 所	和泊町		性 別	男 ・ 女
	ふりがな		生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	氏 名				
申 請 理 由	平成 年 所得税確定申告等に使用するため				
障 害 事 由	障 害 者	知的障害者(軽度・中度) (1) に準ず。		身体障害者(3級～5級) (2) に準ず。	
		特 別 障 害 者	知的障害者(重度) (1) に準ず。		身体障害者(1級～2級) (2) に準ず。
			(3) ねたきり老人		

※ 介護認定結果・調査票・意見書の閲覧に同意します。

(対象者氏名)

_____ 印

※ 障害事由の欄は記入しないでください。□ (太枠内のみ) 記入してください。