

別 記

第 1 号様式（第 4 条）

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

印西市福祉事務所長

様

住所
申請者 氏名 (印)
電話 ()

所得税法施行令第 10 条及び地方税法施行令第 7 条並びに第 7 条の 15 の 7 に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたいので申請します。

記

対 象 者	住 所			
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	要介護認定等の有無	有 ・ 無
	介護保険被 保険者番号		介護度等	
同 意 書				
障害者控除対象者認定にあたり、介護保険認定審査会資料及び主治医意見書等を認定資料として使用することに同意します。				
対象者名 _____ (印)				