

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

新ひだか町長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
(障害者控除対象者との関係)
電話番号

所得税法施行令第10条第1項第7号及び同条第2項第6号並びに地方税法施行令第7条第7号及び同令第7条の15の7第6号に規定する障害者又は特別障害者に準ずる障害者控除対象者として認定を受けたいので、次のとおり申請します。

障害者控除対象者	氏 名		性別	男・女
	住 所	新ひだか町		
	生年月日		年 月 日	
本人同意欄				
本認定に当たっては、要件確認のために、必要に応じて私の介護保険法第27条第2項及び第3項又は同法第32条第2項に規定する「認定調査票」及び「主治医意見書」を使用することに同意します。				
1. 対象者氏名（自署） _____ ⑩				
2. 自署困難なため、対象者に代わり署名を行いました。 _____(署名代行者氏名) _____ ⑩ (対象者との続柄： _____)				
3. 対象者が 年 月 日死亡のため自署及び同意を得ることができません。				