

障害者控除対象者認定申請書

宇土市福祉事務所長 様

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

所得税法施行令 ( 昭和 4 0 年政令第 9 6 号 ) 第 1 0 条並びに地方税法施行令 ( 昭和 2 5 年政令第 2 4 5 号 ) 第 7 条又は第 7 条の 1 5 の 1 1 及び同令第 4 6 条又は第 4 8 条の 7 に定める障害者・特別障害者に準じる者としての認定を申請します。

対象者	住所	宇土市		
	氏名		生年 月日	明・大・昭 年 月 日
申請理由	年分の税申告に使用するため			

認定にあたっては、障害状況等の確認のために必要に応じて、私の介護保険等の情報を福祉事務所長が利用することに同意します。

( 対象者氏名 ) \_\_\_\_\_ 印