

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

岬町長 宛

申請者 住所  
氏名  
続柄  
電話番号

下記の者を、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 11 に定める障害者・特別障害者として認定くださるよう申請します。なおこの申請にあたり、介護保険に関する要介護認定情報等、認定に必要な情報について調査することに同意します。

対象者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日
	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

(注)申請者は、対象者の障害理由の変更・消滅が生じた場合、速やかに認定を受けた町長にその旨を報告しなければなりません。