

様式第1号（第3条関係）

障害者控除対象者認定申請書

●●年●●月●●日

岩出市長 様

申請者住所 岩出市○○▲▲番地

氏名 岩出市 桃子

対象者との続柄 本人 家族等（ ）

該当する続柄にチェック

下記対象者について、所得税法施行令（昭和40年政令第96号）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（昭和25年政令第245号）第7条第7号及び第7条の15の7第6号に定める障害者・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	氏名	岩出市 太郎	被保険者番号	3	2	6	0	0	3	4	5	6	7
	住所	岩出市 ○○○▼▼▼番地		該当に○									
	性別		男	・	女								
	生年月日	大正 昭和	年	月	日								
	介護認定		有	・	無	介護認定有無に○							
対象者の同意 認定にあたっては、要件確認のため必要に応じて、市長が要介護認定等の情報を利用することに同意します。													
												対象者氏名	_____ (印)
代筆された場合は押印が必要です。												※対象者自署の場合は押印不要	

※市記入欄

介護度	未認定	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	
障害	この欄は、記入不要です。			障害
認知				障害