

様式第1号(第3条関係)

障害者控除対象者認定申請書

平戸市長 様

年 月 日

(申請者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

電話番号 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 \_\_\_\_\_

下記の対象者について、所得税法施行令及び地方税法施行令に定める障害者・特別障害者控除対象者の認定について、平戸市障害者控除対象者認定事務取扱要綱第3条の規定に基づき申請します。

記

対 象 者	フリガナ		介護保険 被保険者番号	
	氏名			
	住所			
	生年月日	年	月	日
	対象年	年分		

平戸市長 様

障害者控除認定に係る同意書

障害者控除認定に必要があるときは、私の要介護認定に係る調査内容及び主治医意見書その他必要な事項について確認されることに同意します。

対象者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

(代筆 \_\_\_\_\_ )