

障害者控除対象者認定申請書

南知多町長 様

申請年月日 年 月 日

申請者	住所	電話番号 ()
	フリガナ	
	氏名	
	対象者との関係	

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7に定める障害者控除(障害者又は特別障害者)であることの認定を受けたく、下記対象者を申請します。

(介護認定者)対象者	介護保険被保険者番号		対象年	年分
	住所	電話番号 ()		
	フリガナ		生年月日	
	氏名		年月日	

この認定に際し、私の介護保険に係る要介護認定情報、その他これに準ずる情報を調査することに同意します。

対象者氏名

代筆

《事務処理欄》

介護保険被保険者証 身分証明書 後見人登記事項証明書

認定有効期間	～		受付印
要介護度	支援 1・2	介護 1・2・3・4・5	
被保険者	第1号・第2号 ※第2号の方は交付できません		