

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

長井市福祉事務所長 様

住所
申請者
氏名

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7に定め

障害者
る として認定するように申請します。
特別障害者

障害者控除対象者の認定を受けようとする者	住 所			
	氏 名		性 別	男・女
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄	
備考				

認定にあたっては、市が要件確認のために、私の介護保険等の情報を調査することに同意します。

障害者控除対象者の認定を受けようとする者の氏名 _____