

障がい者控除対象者認定者申請書

年 月 日

河合町長 殿

申請者 住所

氏 名 ㊟

(対象者との続柄) _____

電 話

下記の者を、所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条及び地方税施行令(昭和25年政令第245号)第7条の15の7に定める障がい者又は特別障がい者として認定されるよう申請します。

対 象 者	住所				
	氏名		生年月日	明治	年 月 日
				大正	
				昭和	
性別	男 ・ 女	要介護認定	自立 ・ 要介護()		
			認定日	年 月 日	

※障がい者控除対象者認定のために必要があるときは、河合町において、町が保有する介護保険認定資料等を閲覧することについて、同意します。

氏 名 _____

※注)申請者は、対象者の障がい事由の変更又は消滅が生じた場合は、速やかに町長に報告してください。