

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

柏市長 あて

（申請者） 〒 ー

住所

氏名

電話番号

下記の者を，所得税法施行令（昭和 4 0 年政令第 9 6 号）第 1 0 条第 1 項第 7 号及び第 2 項第 6 号並びに地方税法施行令（昭和 2 5 年政令第 2 4 5 号）第 7 条及び第 7 条の 1 5 の 8 第 6 号に定める障害者又は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	住 所			
	氏 名		申請者と の続柄	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年 齢	歳
	被保険者 番 号		介護度等	

認定にあたっては，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 ⑩

（申請者と対象者が異なる場合，署名をお願いします。）

【申請書を代筆した場合】

代筆者氏名	⑩
対象者との続柄	

※自書の場合は押印不要です。