

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

蒲 郡 市 長 様

申請者 住 所

氏 名 (認定対象者との続柄)

電 話 () ー

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に定める 障害者 として 特別障害者 認定してください。

なお、障害者控除対象者認定のために、介護保険要介護認定情報について市が調査することに同意します。

記

認定対象者	住 所			
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
使用目的	年分所得税等申告等			

※ 長寿課記入欄

判定日における 要介護認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
----------------------	---------------