

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

石狩市長 様

住所

申請者 氏名

電話 ()

所得税法施行令第 10 条及び地方税法施行令第 7 条又は第 7 条の 15 の 7 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		性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	要介護認定等の有無	有・無
	被保険者番号		要介護度	
	身体障害者手帳又は療育手帳の有無	なし あり 等級・判定_____		
同意書 障害者控除対象者認定にあたり、介護保険認定審査会資料及び主治医意見書等を認定資料として使用することを同意します。 対象者氏名_____ 印 (自署の場合は、押印は不要です。)				