

No.

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

中津市介護長寿課長 あて

郵便番号  
住 所  
申 請 者 氏 名  
電話番号  
認定対象者との続柄

所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条第1項第7号及び同条第2項第6号並びに地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条第7号及び第7条の15の7第6号に定める障害者又は特別障害者の認定を申請します。

認定対象者	住 所	(〒 - )																
	フリガナ																	
	氏 名																	
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	生												
	身体障害者手帳	有・無	療育手帳	有・無														
	精神障害者保健福祉手帳	有・無	介護認定	有(要介護・要支援( ))・無														
被保険者番号																		

申請に係る同意事項

この申請の障害の状況を確認するため、私の介護保険等の情報その他市が保有する関係情報を閲覧することに同意します。また、申請内容に変更が生じた時、又は、障害者控除対象者としての認定を受けた場合で、その認定事由が消滅した時は、速やかにその旨を届け出ます。

対象者氏名

※本人記入困難なため(続柄 )が代筆 代筆者氏名