

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

三島市福祉事務所長 あて

(申請者) 千

住所

氏名

(続柄:)

電話番号

下記の者について、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 に規定する障害者控除対象者として認定を受けたいので申請します。

記

	対 象 年	年 分		
対 象	住 所	三島市		
	フリカ ^ナ 氏 名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
	介護保険被保険者番号	介護度	障害者手帳等の有無	
	同 意 欄	要介護 1・2・3・4・5	無 ・ 有 (手帳 ・ 級)	
	<p>私は、障害者控除対象者認定のために、三島市福祉事務所長が私の要介護認定にかかる主治医意見書及び介護認定調査票の記載内容並びに障害者手帳等の有無を調査し、障害者控除対象者認定書（障害者控除対象者でないときは、障害者控除対象者でない旨の通知）を申請者に交付し、市町村民税の賦課徴収に関する調査に際して市町村の徴税吏員に本認定書の記載内容を提供することに同意します。</p> <p>併せて、私は、本申請書の記載内容に修正すべき点があるときは、申請者が本申請書の記載内容を訂正することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">対象者氏名 _____ 印</p>			