様式第１号

障害者控除対象者認定申請書

　　年　　月　　日

　久慈市福祉事務所長　様

申請者　住　　所

　　　　氏　　名

　　　　電話番号

　　　　対 象 者

　　　　との関係

　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11の規定による障害者控除対象者である認定を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 障害の  状況 |  | | | |
| 使用目的 | 年分の所得の申告に使用するため | | | |

　認定にあたっては、要件確認のために必要に応じて、市が私の介護保険等の状況を調査することに同意します。

対象者氏名