

## 障害者控除対象者認定申請書

平成 年 月 日

日向市福祉事務所長 様

（申請者） 千 一

住所

氏名

印

対象者との続柄

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に定める障害者控除対象者としての認定を申請します。

### 記

対象者	住所	日向市		性別	男・女
	氏名		生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日	

この認定にあたり、対象者の住民基本台帳、介護認定に関する資料及び障害者手帳等の交付に要した書類等を調査すること、並びに税担当部署へ情報提供することに同意します。

対象者氏名

印

※ 対象者が身体等の都合により署名できない場合は、申請者の方の署名・押印とします。