

## 障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

日向市福祉事務所長 様

（申請者） ㊦

住所

氏名

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	被保険者番号			
	住所		性別	
	氏名		生年月日	

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。

（対象者と申請者が異なる場合には、申請前に必ず対象者本人の同意を得てください。）

※ 認定される場合、認定日は申請のあった日以降になります。