

様式第1号（第4条関係）

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

足利市長 あて

(申請者) 住所
氏名
電話 ()
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1項第7号及び第7条の15の8第6号の規定による認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

対象者	住所				
	氏名	生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
	要介護（支援）認定	有・無	被保険者番号		

同意書

高齢者（65歳以上の者）の障害者控除対象者認定に当たっては、要件確認のため、必要に応じて私に関する介護保険等の情報の閲覧又は実態調査をすることに同意します。

対象者氏名（自署）

（続柄）

*本人記入できないため.....の.....が代筆

- * 上記申請は、 年の状況による。
- * 障害者手帳をお持ちの方は、手帳等の提示により控除を受けられます。

以下は記入しないでください。

要介護（支援）認定日	年 月 日	有効期間	年 月 日～ 年 月 日
------------	-------	------	-----------------