

様式第1号

年 月 日

小松島市福祉事務所長 様

(申請者)住 所

氏 名

電話番号

### 障害者控除対象者認定申請書

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に定める認定を受けたいので、次のとおり申請します。

また、認定にあたって、この申請における対象者の要介護認定情報等を貴福祉事務所が調査することに同意します。

認 定 対 象 者	介 護 保 険 被 保 険 者 番 号	(10桁)										
	住 所											
	氏 名								性 別	男 ・ 女		
	生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日							申請者との 続柄			
申 請 理 由		年分の所得税確定申告等に使用するため										

※ 認定は、年 月 日の状況による。

(記入者が申請者と異なる場合)

代筆者氏名 \_\_\_\_\_