様式第1号(第3条関係)

障害者控除対象者認定申請書

年　　月　　日

(宛先) 紀の川市福祉事務所長

申請者住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

対象者との続柄　・本人　　・家族等(　　)

次の対象者について、所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条第1項第7号又は同条第2項第6号及び地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条第7号又は第7条の15の7第6号に定める障害者・特別障害者として認定を受けたいので申請します。

対象者	氏　　名		被保険者番号		
	住　　所	紀の川市			
	性　　別	男　・　女			
	生年月日	年　月　日			
	介護認定	有　・　無			

対象者の同意

福祉事務所長が、障害者控除対象者認定の要件確認のため必要に応じ、要介護認定の情報を利用することに同意します。

対象者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿