第１号様式（第３条第１項）

障害者控除対象者認定申請書

年　　月　　日

大網白里市福祉事務所長　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、所得税の確定申告等に必要なため、所得税法施行令第１０条及び地方税法施行令第７条並びに第７条の１５の７に規定する障害者又は特別障害者として認定を受けたいので申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 申告対象年 | 年分 |
| 住　　所 |  |
| フリガナ氏　　名 |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 介護認定 | 要支援・要介護（　　　　） |

この認定に際し、要件確認のために必要に応じて、私の住民基本台帳、課税台帳、障害者手帳等の有無、及び介護保険法に基づく介護保険認定審査会資料を調査することに同意します。

対象者(本人)署名

（代筆　　　　　　　）対象者との関係（　　　　）

|  |
| --- |
| ※対象者が自署できない場合、その理由□身体状況等により署名できないため□病状等により意思確認できないため□死亡のため（　　　　年　　月　　日）□その他（　　　　　　　　　　　　　） |