

様式第 1 号（第 2 条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

琴浦町長 様

〒

住 所

申請者 氏 名

対象者との続柄

電 話

下記の者を、所得税法施行令（昭和 4 0 年政令第 9 6 号）第 1 0 条第 1 項及び地方税法施行令（昭和 2 5 年政令第 2 4 5 号）第 7 条又は第 7 条の 1 5 の 7 に定める障害者控除対象者として認定を受けたいので申請します。

記

			個人番号											
対象者	住 所	〒												
	氏 名					生年月日								
申請理由		年分の所得税確定申告等を使用するため												

※ 認定にあたっては、障害状況等の確認のため必要に応じて、私の介護保険等の情報を貴町が閲覧することや、訪問調査を受けることに同意します。

①対象者氏名（自署）

②自署困難なため①を代筆 代筆者氏名 続柄（ ）

※ 対象者が自署困難な場合は、本人に説明し同意を得た上で代筆して下さい。