

年分 障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

伊豆の国市福祉事務所長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

対象者との続柄 \_\_\_\_\_

次の者を所得税法施行令（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に規定する障害者又は特別障害者として認定されたく申請します。

対象者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生

被保険者番号 \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女

本件認定にあたり、介護保険法に基づく介護保険認定審査会資料を確認することに同意します。

対象者（本人）署名 \_\_\_\_\_

代筆 \_\_\_\_\_ 対象者との続柄（ \_\_\_\_\_ ）

（対象者死亡の場合：申請者署名 \_\_\_\_\_ ）