

様式第1号（第3条関係）

時津町障害者控除対象者認定申請書

時津町長 様

年 月 日

申請者（代理人）

住 所: \_\_\_\_\_

氏 名: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

被保険者との続柄: \_\_\_\_\_

下記の者について、所得税法施行令第10条第1項第7号及び同条第2項第6号並びに地方税法施行令第7条第7号及び第7条の15の11第6号に規定する障害者控除対象者としての認定を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ		被保険者番号
氏 名		
住 所	〒	
生年月日	年	月 日
使用目的	年分所得税及び住民税申告等に使用するため	

障害者控除認定に際して要介護認定等に係る調査内容及び介護認定審査会による判定結果の情報を閲覧することに同意します。

（対象者氏名） \_\_\_\_\_ 印