

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

豊中市長あて

申請者

〒

住所

名前

対象者との続柄 ( )

電話番号

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に定め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

住所	豊中市
名前	性別：男・女
生年月日	年 月 日（ 歳）
介護保険 被保険者番号	100
税申告対象年	年
税申告対象年 12月31日時点の 状況	豊中市での介護認定調査（有・無） （介護度1・2・3・4・5）*○をして下さい

認定にあたっては、私の介護保険にかかる情報を調査することに同意します。

対象者名前

注：申請者は、対象者の障害事由の存続期間中は継続して使用できます。ただし、状態の変更が生じた場合には、再度申込を行ってください。