様式第１号（第４条関係）

障　害　者　控　除　対　象　者　認　定　申　請　書

（　　　　年分所得申告用）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  対象者氏名 |  | | | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和  年　　月　　日 | | | 性別 | 男　・　女 | |
| 住所 | 須賀川市  電話番号 | | | | | |
| 須賀川市長　様  上記のとおり、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11の規定に基づき、障害者控除対象者認定の申請をします。  　　なお、本認定に当たって、介護保険法(平成9年法律123号)第27条及び第32条に規定する「認定調査票」及び「主治医意見書」を使用することに同意いたします。  　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | |
| ふりがな  申請者氏名 | |  | 本人との続柄 | | |  |
| 申請者住所 | | 〒　　　－  電話番号 | | | | |