

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	〒 ー  電話番号		