

様式第 1 号

障害者控除対象者申請書

年 月 日

大村市長 様

住所
申 請 者 氏名

署名又は記名押印してください。

T E L

窓口に来た人 氏名 続柄
住所
T E L

下記の者を、所得税法施行令（昭和 4 0 年政令第 9 6 号）第 1 0 条及び地方税法施行令（昭和 2 5 年政令第 2 4 5 号）第 7 条又は第 7 条の 1 5 の 7 に定める
障 害 者
としての認定を申請します。
特別障害者

対 象 者	住 所			
	氏 名		生年月日	大正・昭和 年 月 日

認定に当たっては、要件確認のため必要に応じて、市が私の介護保険要介護認定情報を調査確認することに同意します。

対象者氏名

署名又は押印してください。