

障害者控除対象者認定申請書

むつ市福祉事務所長 様

申請年月日 年 月 日

①来庁者	住 所	〒	氏 名 (電話番号)	()
②申請者 <small>(申告をする方)</small>	住 所	〒	氏 名 (電話番号)	()
	来庁者との関係		対象者との関係	

下記対象者について、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に定める障害者控除対象者（障害者・特別障害者）として、認定されたく申請します。

③対象者	住 所	〒	性 別	
	氏 名		生年月日	
	被保険者番号			
申請内容	対 象 年	基 準 日		要介護度
	年分	年末 / 死亡・出国日 (年 月 日)		
	年分	年末 / 出国日 (年 月 日)		
	年分	年末 / 出国日 (年 月 日)		
	年分	年末 / 出国日 (年 月 日)		
	年分	年末 / 出国日 (年 月 日)		
認定書送付先		①	②	③

(注意) 申請者は対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合、すみやかに認定を受けたむつ市福祉事務所長にその旨を報告しなければならない。