

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

多古町長 様

(申請者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

対象者との関係 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

次の者について、所得税法施行令第10条第1項第7号又は第2項第6号及び地方税法施行令第7条第7号もしくは第7条の15の7第6号に定める障害者控除対象者（特別障害者又は障害者）であることの認定を申請します。

なお、認定にあたり要件確認のため、必要に応じて介護保険等の情報を町が調査することに同意します。

記

対象者	住 所	千葉県香取郡多古町		
	氏 名		生年月日	年 月 日
申請理由		年分の所得税確定申告等に使用するため		

※町使用欄

要介護 状態区分	認知症高齢者の 日常生活自立度	障害高齢者の 日常生活自立度	介護認定有効期間	
			・	・ ~ ・