

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

美濃市福祉事務所長 様

申請者 住所
氏名

下記の者を、所得税法施行令(昭和40年政令第96条)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に定める 障害者 として認定されたく申請します。
特別障害者

なお、控除対象者として認定するにあたり、介護認定結果、主治医意見書、介護認定資料等を利用することに合意します。

記

対象者住所					
対象者氏名					
生年月日					
性別		被保険者番号		対象年	年
備考	控除を受ける方(対象者の続柄)				
	氏名			続柄	