

障害者控除対象者申請書（_____年分）

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

佐世保市福祉事務所長 様

申請者 住所

氏名

電話番号

（対象者との続柄 _____）

所得税法施行令（昭和 40 年政令第 96 号）第 10 条第 1 項第 7 号及び第 2 項第 6 号並びに地方税法施行令（昭和 25 年政令第 245 号）第 7 条第 7 号及び第 7 条の 15 の 7 第 6 号に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたいので下記のとおり申請します。

記

対象者	住 所	佐世保市		
	氏 名		性別	男 ・ 女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 （ ） 歳		
	介護保険 被保険者番号			
	介護度 認定期間	要介護（ ） 年 月 日～令和 年 月 日		
備考				

障害者控除対象者申請にあたり、要件確認のため必要に応じて私の要介護認定情報等を調査することに同意します。

対象者（本人）署名 _____

（代筆者 _____）対象者との関係（ _____）

窓口に来た人	☐ 申請者と同じ	
	☐ 申請者以外 ⇒ 下記も記入	
	住所 _____	電話 _____
	氏名 _____ 対象者との続柄 _____	

（事務処理欄 ☐被保険者証 ☐健康保険証 ☐運転免許証 ☐その他（ _____））