

様式第 1 号(第 2 条関係)

年 月 日

八 幡 浜 市 長 様

障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書

住所

申請者氏名

対象者との続柄

連絡先 ( ) -

次の者について、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 に定める障害者又は特別障害者としての認定を申請します。

対象者	住 所	八幡浜市		
	氏 名		生年月日	年 月 日生
障害の事由 (該当の番号に○印をつけてください)				
1 中・軽度知的障害者				
2 中・軽度身体障害者				
3 重度知的障害者				
4 重度身体障害者				
5 寝たきり老人				
同 意 書				
障害者控除対象者認定にあたり、要件確認のために必要に応じて、私の要介護認定情報等を市が調査・確認することに同意します。				
上記申請者に、私の障害者控除対象者認定書 (認定非該当通知書) を交付することに同意します。				
対象者氏名 (自署) _____				
(代筆者氏名 _____) 対象者との続柄 ( )				
※対象者が自署できない場合、その理由				
<input type="checkbox"/> 身体状況等により署名できないため				
<input type="checkbox"/> その他 ( )				