

障害者控除対象者認定申請書（令和_____年分）

令和_____年_____月_____日

久万高原町長 河野 忠康 殿
(保健福祉課)

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電 話 _____
対象者との関係 本人・子・その他(_____)

下記の者の、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に定める障害者または特別障害者として認定を受けたいので申請します。

記

対象者	介護保険被保険者番号	
	住 所	久万高原町
	氏 名	
	生年月日	明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意書

この認定を受けるため、要介護認定・要支援認定にかかる情報等を閲覧することに同意します。

調査対象者 氏 名 _____

代筆者氏名 _____

事務局記入欄

課 長	課長補佐	係 長	係 員	係 員