様式第1号(第3条関係)

障害者控除対象者認定申請書

年　　月　　日

　神流町長　　　　　　　　　　様

住所

申請者　氏名

(対象者との続柄)

電話

　下記の者を、所得税法施行令第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第7条第7号及び第7条の15の8第6号に規定する障害者控除対象者として認定くださるよう申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 神流町 | | |
| 氏名 |  | 性別 | 男・女 |
| 個人番号 |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和  年　　月　　日 |
| 被保険者番号 |  | 要介護度 |  |

|  |
| --- |
| 同意書  　上記の申請に際し、私の介護保険要介護認定資料を調査確認することに同意します。  氏名　　　　　　　　　　　　　印  (代筆者)　　　　　　(続柄)  　注)原則として認定対象者本人の署名押印ですが、身体等の都合により署名できない場合は、本人に説明し、理解を得た上で代筆しても結構です。 |