

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

熊本市__福祉事務所長 様

所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条第1項第7号及び地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条第7号に定める障害者または所得税法施行令第10条第2項第6号及び地方税法施行令第7条の15の7第6号に定める特別障害者としての認定を申請します。

申請者	住所	〒 -				
	氏名			続柄		
	連絡先	- -				

対象者	住所	〒 - 熊本市 区				
	氏名	印		性別	男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日	被保険者番号			
<input type="checkbox"/> 本認定審査に必要な、要介護認定に関する情報の閲覧に同意します。 <input type="checkbox"/> 本申請手続きを扶養親族以外である申請者に委任します。						

申請理由	_____ 年分の所得税(市民税)申告に使用するため
------	----------------------------

※ 以下は記入しないでください。

受付印	受付者	担当者	確認者	発送日
				年 月 日