

障害者控除対象者認定書交付申請書

令和 年 月 日

清 瀬 市 長 様

申請者 住所

氏名

電話番号

対象者との関係

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く申請します。

記

年度申告用		
対 象 者	被保険者番号	
	住 所	
	氏 名	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日

市長が障害者控除対象者の認定のために必要と認めるときは、介護保険の介護認定のための調査状況書類その他必要な書類を閲覧することに同意します。

本人氏名

代理人氏名

市本人確認欄

【対象者】 ☐ 個人番号カード ☐ 保険証 ☐ その他 ()
【申請者】 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 保険証 ☐ その他 ()