様式第１号

障害者控除対象者認定申請書

　　年　　月　　日

（宛先）春日市長

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　所 |  | |
| 氏　名 |  | |
| 電話番号 |  | |
| 対象者との続柄等 | |  |

所得税法施行令第１０条第１項第７号又は第２項第６号及び地方税法施行令第７条第７号又は第７条の１５の７第６号に規定する障害者控除対象者としての認定を次のとおり申請します。

　　認定にあたり、要件確認のため、要介護認定情報等を使用することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対  象  者 | 介護保険  被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 対象年 | | **年分** |
| 住 所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | |
| 電　　話 |  | |