

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

泉佐野市長 様

申請者住所			
申請者氏名			
電 話 番 号			
対象者との続柄			

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・特別障害者としての認定を申請します。

対 象 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	大正 ・ 昭和	年	月 日
被保険者番号				
税申告対象年度		令和	年度（令和	年分）

認定にあたっては、要件確認のために対象者である私の介護保険等の情報を泉佐野市が調査することに同意します。

対象者氏名（自署） 代筆者氏名

※郵送で申請される場合は、定額小為替（一通につき 400 円の手数料）と切手を貼った返信用封筒を同封してください。

市記入欄

認定書 交付	税務課 _____ へ 手渡し（R . . . ） 受取人名 （ ）	手渡し（R . . . ） 受取人名 （ ）	郵送 申請者・対象者
交付手数料 領収	済 （R . . . ） 台帳記入（ 済 ・ 未 ）	未	受付印
確認書類	申請者（マイナンバーカード・ その他（ ））	対象者（マイナンバーカード・ その他（ ））	