

様式 1

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

泉佐野市福祉事務所長 様

申請者住所	(泉佐野市)
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	明治・大正・昭和 年 月 日
被保険者番号		
税申告対象年度		平成・令和 年度（平成・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

事務処理欄	交付手数料領収	済 (R . .)	未
	認定書の交付	郵送 (切手代済)	手渡し (R . .) 受取人名 ㊟