

様式第1号（第3条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

山北町長 殿

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 () _____
 対象者との続柄 _____

次の者について、所得税法施行令(昭和40年・政令第96条)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・特別障害者控除対象者として認定を受けたいので申請します。

対象者	フリガナ		性別	男・女
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒 電話番号 ()		
要介護認定の有無	<input type="checkbox"/> 認定あり <input type="checkbox"/> 認定なし		控除適用年	年
障害者控除対象者認定にあたり、要件の確認等必要に応じ、対象者の介護保険要介護認定における情報を山北町が調査することに同意いたします。				
対象者同意欄	本人署名		※本人が自署できない理由 <input type="checkbox"/> 身体状況により署名困難	
	代筆者	(続柄:)	<input type="checkbox"/> その他 ()	

(注) 申請者は、対象者の障害事由に変更・消滅が生じた場合には、すみやかに町長にその旨を報告しなければなりません。

※事務処理欄 -----

申請方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 (発送日: 年 月 日)
確認書類	申請者 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 他 ()
	本人 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 他 ()