様式第１号（第２条関係）

障害者控除対象者認定申請書

令和　　年　　月　　日

氷見市長　　　　あて

　申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

下記の者について、所得税法施行令第１０条及び地方税法施行令第７条又は第７条の１５の１１に定める障害者又は特別障害者としての認定を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | 生年  月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  | | |
| 申請事由 | １　知的障害者に準ずる。  ２　身体障害者に準ずる。  （申請事由の主たるものの番号を○印で囲んでください。） | | | |
| （注）申請者は、障害者控除対象者とします。ただし、障害者控除対象者が意思表示をすることができない場合は、扶養義務者が申請をして下さい。 | | | | |

私は、氷見市長がこの認定のために、対象者に係る介護保険の要介護認定・要支援認定調査関係資料を取得し、利用することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（対象者または申請者）

氏　　名