

様式第 1 号 (第 2 条関係)

安曇野市障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

(宛先) 安曇野市福祉事務所長

(申請者)

住所 _____

氏名 _____

対象者との続柄 _____

電話番号 _____

下記の者が、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 11 に定める障害者又は特別障害者であることの認定について申請します。

記

対象者	介護保険被保険者番号			
	住所		性別	男・女
	氏名		生年月日	年 月 日
対象者同意確認書				
障害者控除対象者認定に当たっては、要件確認のために必要に応じて、安曇野市福祉事務所が要介護認定調査票、主治医意見書、福祉サービス申請書類等を認定資料として閲覧、使用することに同意します。				
(本人署名) 氏名 _____				
※ 対象者本人が身体等の都合により自署できない場合は、記名押印によるものとする。				