

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

大野町長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____
対象者との続柄 _____

下記の者を、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に定める障害者控除の対象者として認定されるよう申請します。

なお、認定の審査にあたり必要な要介護認定等に関する情報を町が調査することに同意します。

対 象 者	被保険者 番 号														生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）
	ふりがな											性 別	男・女	要介護度	1・2・3・4・5	
	氏 名															
	住 所	〒														
申 請 理 由	年分の確定申告等に使用するため															
現在の状態																