

別記様式第1号

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

下呂市福祉事務所長 様

下記の者を、所得税法施行令及び地方税法施行令に定める障害者控除対象者として、認定していただくよう申請します。

また、上記被保険者については、介護保険審査会資料の目的外利用であることについて、同意のうえ、障害者控除対象者認定を申請します。

申請者	住 所	番地		
	氏 名			
対象者	住 所	下呂市	番地	
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
	介護度等	要支援・要介護度「 」	対象年度	年度分
備考 介護度等の認定を受けられている場合は、「介護度等」欄に記入して下さい。		受付欄		