

様式第1号(第3条関係)

障害者控除対象者認定書交付申請書

年 月 日

瀬戸内市福祉事務所長 様

住所 \_\_\_\_\_  
申請者 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話番号 \_\_\_\_\_  
対象者との関係 \_\_\_\_\_

下記の者は、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・特別障害者 相当に該当すると思われますので、障害者控除対象者認定書の交付を申請します。

身体障害者控除対象者

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

【本人同意欄】

私は、障害者控除対象者認定において、福祉事務所長が私の要介護認定資料(認定調査票・主治医意見書)を活用することに同意します。

本人署名 \_\_\_\_\_ 代筆の場合  
代筆者名 \_\_\_\_\_

申請者と送付先の住所が異なる場合は、送付先の住所・氏名・電話番号を御記入ください。

住所 \_\_\_\_\_  
送付先 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話番号 \_\_\_\_\_

注 (1) 既に身体障害者手帳1・2級、療育手帳等をお持ちの方は、手帳を提示することになりますので、認定書の申請の必要はありません。

(2) 障害者控除対象者認定書の発行は、即日発行はできませんので、御了承ください。