

別 記

第 1 号様式(第 5 条関係)

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

(あて先)酒々井町長

〒

申請者 住所

氏名

電話

下記の者を所得税法施行令第 10 条第 1 項第 7 号（障害者）及び第 2 項第 6 号（特別障害者）並びに地方税法施行令第 7 条第 7 号（障害者）及び第 7 条の 15 の 7 第 6 号（特別障害者）に規定する障害者又は特別障害者として、認定してくださるよう申請します。

記

対象者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	申請者との 続柄	
	被保険 者番号			
	認定期間			

私は、町が保有する私の要介護認定に係る情報その他障害者控除対象者の認定に必要な情報について、町が調査を行うことに同意します。

対象者氏名 _____