

(様式1)

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

交野市福祉事務所長 宛て

(申請者) 住 所 〒 -

氏 名
続 柄
電 話

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条の15の7に定める障害者・特別障害者としての認定を申請します。

対 象 者	住 所	交野市		
	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
申 請 理 由		年分所得税確定申告等に使用するため		

要介護認定調査票の閲覧・自立支援医療の診断書等、本認定事務に必要な情報の閲覧に同意します。

(対象者氏名)

注意：申請者は対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合は、すみやかに交野市福祉事務所にその旨を報告してください。