

障害者控除対象者認定申請書

令和6年1月20日

入善町長 宛

申請者 住所 入善町入膳3255番地

その他必要なもの
・対象者の介護保険証
・申請者の本人確認書類(免許証や保険証等)

氏名 入善太郎
(対象者との続柄 子)
電話番号 72-1100

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対象者(障害者・特別障害者)として、認定を申請します。

Table with 4 columns: 対象者, 住所, 性別, 氏名, 生年月日. Includes application reasons and a note: '不明な場合は、空欄でも結構です。'

私は、障害者控除対象者認定のために、入善町長が新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合より対象者に係る介護保険の要介護認定・要介護認定に同意します。

対象者または申請者の押印が必要です。

氏名 入善太郎 (入善印)

(対象者又は申請者)

Table for processing with columns: 町処理欄, 回議, 担当, 認定. Includes a box: '記入しないでください。' and various checkboxes for disability levels.