

(第1号様式)

## 障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

草加市長 あて

〒

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
電話・FAX ( ) \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
対象者との続柄 \_\_\_\_\_

次の者について、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として認定願いたく申請します。

障害者控除対象者			
住所	草加市	性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
介護保険被保険者番号			

※保険者使用欄

認定書発行	済 ・ 未
発行年	