

(記入例)

(第1号様式)

記入が必要な箇所を赤字で記載しております

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

草加市長 あて

〒340-8550

申請者 住所 埼玉県草加市高砂一丁目1番1号

電話・FAX 048 (922) 0151

氏名 草加 太郎

対象者との続柄 長男

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 高砂一丁目1番1号	性別	男 ・ 女
氏名	草加 花子	生年月日	明治・大正・昭和
介護保険被保険者番号	1234567890		15年 1月 1日 (81歳)

※保険者使用欄

認定書発行	済 ・ 未
発行年	