

第1号様式（第2条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

開成町長様

申請者 住所  
氏名  
電話番号 ( )  
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条)第10条及び地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条または第7条の15の7に定める障害者控除対象者として認定を受けたいので申請します。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	認定基準日	年 月 日現在の状況		
	住所	〒 電話番号 ( )		

障害者控除対象者認定にあたり、要件の確認等必要に応じ、対象者の介護保険要介護認定における情報を町が調査することに同意いたします。

対象者氏名 \_\_\_\_\_

申請者（代筆者）氏名 \_\_\_\_\_

※要介護認定がない場合は第2号様式を添付してください。