様式第１号（第３条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

淡路市長　　様

障害者控除対象者認定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

認定を受けようとする被保検者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　年分の確定申告に使用するため、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条第１項第７号及び同条第２項第６号並びに地方税法施行令（昭和２５年政令第２４５号）第７条第７号及び第７条の１５の７第６号の規定に基づき障害者又は特別障害者に準ずるものとしての認定を受けたいので、申請をします。

１　認定を受けようとする被保険者（対象者）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 |  |

　　　注）認定書は、申請者に交付します。