

様式第1号（第2条関係）

障がい者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

能勢町長

(申請者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 \_\_\_\_\_

下記の者について、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に定める障がい者又は特別障がい者として認定を受けたいので申請します。

対 象 者	住 所	〒			
	ふりがな				
	氏 名			性 別	男・女
	生年月日	大正・昭和 年 月 日			
	介護保険 被保険者番号	30000			
税申告対象年		年分所得税（ 年度分町府民税）			

認定にあたっては、私の介護保険要介護・要支援認定に関する情報を利用することに同意します。

対象者氏名 \_\_\_\_\_