

第1号様式（3条関係）

御宿町障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

御宿町長 あて

住所

申請者 氏名 印

連絡先

所得税法施行令第10条第1項第7号及び同条第2項第6号並びに
地方税法施行令第7条第7号並びに第7条の15の7第6号に定める
障害者・特別障害者として認定を受けたいので、御宿町障害者控除
対象者認定に関する規則第3条に基づき、次のとおり申請します。

対 象 者	住所			
	氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	申請者との 続柄	
	介護保険被保 険者番号		要介護度	
申請目的	年分の所得税確定申告等に使用するため			

要件確認のために必要に応じて、御宿町長が私の要介護認定に関
する調査情報を利用することに同意します。

対象者氏名 _____ 印

※自署によって押印が省略できます。