

障害者控除対象者認定申請書

羽曳野市長 様

_____年分の申告のため、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 号の規定に基づく（障害者 特別障害者）の認定を申請します。

申請者	氏名					
	被保険者との関係	本人以外の場合身分証明確認（郵送の場合写しを添付してください） <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	住所	〒				
	電話番号					
被保険者	被保険者番号					
	氏名					
	住所	〒				
	生年月日	年 月 日				
	性別	男 ・ 女				

※以下は同一世帯で生計を一にする親族以外の方が申請する場合に記入が必要です。

私は申請者を代理人と定め、障害者控除対象者認定にあたり、申請及び受領に関する一切の権限を委任します。

被保険者（本人）署名 (※)

(※) 被保険者（本人）が手書きしない場合は、記名押印してください。

(市記入欄) 次のとおり決定してよろしいか伺います。						
認定区分	<input type="checkbox"/> 認定しない		<input type="checkbox"/> 障害者に準ず		<input type="checkbox"/> 特別障害者に準ず	
課長	担当長	起案者	受付	公印	起案日	年 月 日
					決裁日	年 月 日
					公印日	年 月 日
					施行日	年 月 日
備考欄						