

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	
	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						

※以下は同一世帯の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

(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		☐ 認定しない		☐ 障害者に準ず		☐ 特別障害者に準ず	
課長	担当長	起案者	受付	公印	起案日	令和 年 月 日	
					決裁日	令和 年 月 日	
					公印日	令和 年 月 日	
					施行日	令和 年 月 日	
備考欄							