

当該控除認定書が必要となる年を記入してください。

控除対象者認定申請書

羽曳野

例：平成 22～24 年分

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 |

※以下は同居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 \_\_\_\_\_

同居親族以外の方が申請する場合、ご本人さんの署名捺印が必要です

|                            |                                |     |                                 |    |                                |
|----------------------------|--------------------------------|-----|---------------------------------|----|--------------------------------|
| (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 |
| 課長                         | 担当長                            | 起案者 | 受付                              | 公印 | 起案日                            |
|                            |                                |     |                                 |    | 決裁日                            |
|                            |                                |     |                                 |    | 公印日                            |
|                            |                                |     |                                 |    | 施行日                            |
| 備考欄                        |                                |     |                                 |    |                                |