

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

南大隅町長 様

住所  
(申請者) 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
続柄 ( )  
電話 ( — — )

所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条並びに地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条、第7条の15の8、同令第46条及び第48条の7に定める障害者・特別障害者としての認定を申請します。

対象者	住所			
	氏名		生年月日	
申請理由	所得税確定申告等に使用するため			

※ 認定にあたっては、要件確認のため必要に応じて、対象者の介護保険等の情報を町が調査・確認することに同意します。

対象者の障害の事由の変更・消滅が生じた場合、速やかに町長にその旨を報告します。

対象者氏名 (自署) \_\_\_\_\_ 印

本人記入できないため(続柄\_\_\_\_\_)の\_\_\_\_\_が代筆