

様式第1号(第3条関係)

障害者控除対象者認定書交付申請書

年 月 日

北 島 町 長 宛

(申請者)
 住 所 北島町
 氏 名 印
 電話番号 ()
 (対象者との関係)

所得税申請に必要なつき、下記の者に対する障害者控除対象者認定書の交付を申請いたします。

対 象 者	住 所	北島町												
	氏 名							性別	男 ・ 女					
	生年月日	年 月 日 (歳)												
	電話番号													
	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												
	身体障害者手帳	有・無			療育手帳			有・無						
	精神障害者保健福祉手帳	有・無			戦傷病者手帳			有・無						
	知的障害者福祉法施行令第 2条の基準による判定書	有・無			被爆者健康手帳			有・無						

認定にあたっては、要件確認のために必要に応じて、私の要介護認定情報等を町が調査することに同意します。

対象者氏名 印

(自署または記名押印)