

障害者控除対象者認定申請書

（宛先）旭川市長年 月 日

所得税法施行令第 1 0 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第 7 条第 7 号及び第 7 条の 1 5 の 7 第 6 号に規定する障害者控除対象者の認定について、次のとおり申請します。

対象者	氏名	フリガナ	明治・大正・昭和									
			年 月 日									
	住所	〒 - 電話番号										
		請求年	確定申告用	年分	被保険者番号	0	0	0				

【本人同意欄】

私は、障害者控除対象者認定のために、要介護認定等の情報を閲覧し使用することに同意します。

(本人) 氏名

印

※対象者と同じ場合は記載不要です。

(所得申請者 受ける控除を)	氏名	フリガナ	対象者との続柄
窓口に来た人	住所	〒 - 電話番号	
		フリガナ	対象者との続柄
氏名			
住所	〒 - 電話番号		

送付先の変更（希望者のみ記載）

〒

(様)