様式第1号(第2条関係)

障害者控除対象者認定申請書

令和　　年　　月　　日

佐伯市長　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　印

(電話番号　　　　　　　　　　　)

　所得税法施行令(昭和40年政令第96号)第10条及び地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第7条又は第7条の15の8に定める障害者として認定されたく申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 佐伯市 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　月　　日(　　歳) | 申請者との続柄 | 　 |

　認定にあたっては、要件確認のために必要に応じ、私の介護保険等の情報を市が調査・確認することに同意します。また、申請内容が変更、又は認定の事由が消滅した場合は、速やかにその旨を報告します。

対象者氏名(自署)

代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　(続柄)