

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

三次市長様

郵便番号 _____

申請者
(送付先) 住所 _____

フリガナ
氏名 _____

電話番号 _____

続柄 (あなたは対象者の)
本人・配偶者・子・その他 ()

次の者が、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7に定める障害者又は特別障害者である（あった）ことの認定を申請します。

| | | | | |
|-------------------------------|------------|---------|------|-------|
| 対象者 | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 _____ | | |
| 認定が必要な所得の年分 () 年分 (最長5年分) | | | | |
| ※三次市に過去の要介護認定資料のある場合に限りします。 | | | | |