

課長	GL	課員

障害者控除対象者認定申請書

No. _____

年 月 日			
(あて先) 八戸市福祉事務所長			
申請者 住 所 氏 名			
(電話) (対象者 との続柄)			
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として認定されたく申請します。 また、申請者及び対象者の世帯、所得状況や介護保険情報の確認をすることに同意します。			
対 象 者	住 所		
	氏 名	生年月日	年 月 日
申告の対象となる年		年分	
【注】 申請者は対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合、すみやかに八戸市福祉事務所長にその旨を報告しなければならない。			
備考			