

障害者控除対象者認定申請書

ふりがな			
対象者氏名			
生年月日	大正・昭和 年 月 日	性別	男・女
住所	〒	電話番号	
<p>浅川町長 様</p> <p>上記のとおり、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の規定に基づき、障害者控除対象者認定の申請をします。</p> <p>なお、本認定にあたって、介護保険法（平成9年法律第123号）第27条及び第32条に規定する「認定調査票」及び「主治医意見書」を使用することに同意いたします。</p> <p>年 月 日</p>			
ふりがな			
申請者氏名			本人との続柄
申請者住所	〒	電話番号	