

令和 年 月 日

障害者控除適用申請書

下田市長 様

申請者 〒

住所

フリガナ

氏名

電話番号

対象者との続柄

下記の者が、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 に定める障害者控除の適用者であることを証明願います。

対象者	住所			
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
申請理由		年分の所得にかかる申告等を使用するため		
※対象者が死亡、又は出国している場合はその年月日			年 月 日	

障害者控除対象者認定書

令和 年 月 日

様

下田市長 松木 正一郎

下記の者を、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・特別障害者 ）と認定する。

※ 認定書は、令和 年 月 日の現況。

申請者	住所			氏名	
対象者	住所				
	氏名		生年月日	年 月 日	
障害理由	障害者	(1) 知的障害者（軽度・中度）に準ず。	(2) 身体障害者（3 級～6 級）に準ず。		
	特別障害者	(1) 知的障害者（重度）に準ず。	(2) 身体障害者（1 級, 2 級）に準ず。		
		(3) ねたきり高齢者			

注 (1) 申請者は点線より上のみ記入。

(2) 申請者は対象者の障害理由の変更・消滅が生じた場合、すみやかに認定を受けた市町村長等にその旨を報告しなければならない。