

別記第8号様式（第10条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

砂川市福祉事務所長 様

住 所

電話番号 ()

氏 名

対象者との続柄

下記の者は、所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の7に定める障害者（特別障害者）に準ずるものに該当すると思われますので、障害者控除対象者の認定書の交付を申請します。

記

| 対象者 | 住所 | | | 性別 | 男・女 |
|-----|----|--|------|-------|-----|
| | 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | | | | | |

同 意 書

（要介護認定者のみ）

私の障害者控除対象者認定については、介護保険要介護認定調査票と主治医意見書を使用することに同意します。

氏 名 印