様式第１号(第３条関係)

年　　月　　日

障害者控除対象者認定申請書

　宇土市福祉事務所長　様

(申請者)　住所

氏名

続柄　(　　　　　　)

電話

　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・特別障害者に準じる者としての認定を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 宇土市 | | |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請理由 | 年分の税申告に使用するため | | | |

※　認定に当たっては、障害状況等の確認のために必要に応じて、私の介護保険等の情報を福祉事務所長が利用することに同意します。

(対象者氏名)

様式第1号(第2条関係)

令和　年　月　日

障害者控除対象者認定申請書

窓口に来られた方

　宇土市福祉事務所長　　　　様

(申請者)住所　**宇土市浦田町５１番地**

氏名　　　**山田　太郎**

続柄　　　**(　長　男　　)**

電話　　**(０９０－１２３４－５６７８)**

　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・特別障害者に準じる者としての認定を申請します。

認定が必要な方

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | **宇土市松山町１番地１** | | |
| 氏名 | **山田　花子** | 生年月日 | **昭和１０年１月１日** |
| 申請理由 | **令和４年分**の税申告に使用するため | | | |

※　認定にあたっては、障害状況等の確認のために必要に応じて、私の介護保険等の情報を福祉事務所長が利用することに同意します。

認定が必要な方

(対象者氏名)　**山田　花子**