

様式第 1 号 (第 4 条関係)

障害者控除対象者認定申請書

釜石市長 あて

申請年月日 年 月 日

申請者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	対象者との関係	
	電話番号	()

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 の定める障害者控除対象者（障害者又は特別障害者）として認定を受けたいので申請します。

対象者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	介護保険被保険者番号	
	認定基準日	年 12 月 31 日（基準日における要介護認定等 有・無）

この認定に際し、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 27 条又は同法第 32 条の規定に基づく認定情報を活用することに同意します。

対象者氏名（署名）
