様式第１号（第２条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年　　月　　日

つくば市長　宛て

〒

申請者　　住　所

氏　名

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 条第１項第７号及び第２項第６号並びに地方税法施行令（昭和 25 年政令第 245 号）第７条第７号及び第７条の 15 の７第６号に定める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。

記

対　象　者	住　　所			
	介護保険 被保険者番号			
	氏　　名			
	生年月日	大正・昭和 年　　月　　日	申請者との続柄	

認定に当たっては、私の介護保険に係る要介護認定情報その他これに準ずる情報を調査することに同意します。

対象者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　この申請書は、本人、民法第 725 条に定める親族（６親等内の血族、配偶者、３親等内の姻族）又は本人の委任状をお持ちの方が申請できます。

	対応者	確認
事務確認欄		□65 歳以上 □つくば市在住者 □申請対象年（　　年分）