

茂原市障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

(宛先) 茂原市長

(申請者)

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

対象者との続柄 _____

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。

対象者氏名			
生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男・女
住 所	電話番号 ()		
介護認定の有無	有 ・ 無	要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
申請理由	年分の所得税確定申告等に使用するため		
同 意 書			
障害者控除対象者認定申請に当たり、要件確認のため必要に応じて、私の住民基本台帳及び要介護認定情報等を市が調査することに同意します。			
対象者氏名			
※本人が記入できない場合 (代筆者氏名 _____ 続柄 _____)			