

障害者控除対象者認定書交付願

令和 年 月 日

多治見市長 様

申請者住所 市 町 丁目 番地

申請者氏名

(対象者との続柄)

連絡先

下記の者について、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 条第 7 号又は第 7 条の 15 の 7 第 6 号に定める障害者 又は 特別障害者 として認定されるよう申請します。

記

対象者	被保険者番号		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	多治見市 町 丁目 番地		
令和 年 月 日（又は、資格喪失日）現在の要介護度：要介護				

【本人確認書類】

運転免許証・個人番号カード・パスポート	確認者
医療保険証・年金手帳・介護保険証	
その他()	