

年 月 日

近江八幡市長 様

申請者 住 所

氏 名 (署名)

電 話

(本人との関係)

障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書

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条又は第7条の15の7に定める障害者・特別障害者としての認定を申請します。

記

対 象 者	住 所		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
認 定 が 必 要 な 期 間		年 分		

委任状

私は、上記申請者を代理人と定め、障害者控除対象者認定申請の手続に関する一切の権限を委任いたします。

委任者(被保険者) 住 所

氏 名

(代筆者氏名

(署名))

※この申請に関し、偽りその他不正の手段により虚偽の申請を行った場合は、刑事罰の対象となります。

※申請者は、本人であることを証明する書類をご提示ください。

介護保険担当課記入欄

本人確認	受付	確認	再確認	決裁