

## 障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

（あて先）  
松戸市長

〒

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

申請者

対象者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

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。

対象者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	年 齢	歳
	被保険者番号		介護度等	
	申告対象年	年分		

（注）申請者は、対象者の障害理由に変更・消滅が生じた場合には、速やかに市長にその旨を報告しなければなりません。

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 \_\_\_\_\_

（代筆 \_\_\_\_\_） 本人との関係（ \_\_\_\_\_）