

# 障害者控除対象者認定申請書

申請日 年 月 日

五泉市長宛

申請者  
氏名

住所

電話番号

対象者との関係

次の者を所得税法施行令第10条に定める障害者控除対象者としての認定を申請します。

対象者

氏名		介護保険 被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
住所	〒		
(対象者本人記入欄)			
<input type="checkbox"/> 私の障害者控除対象者認定書を申請者に対して交付することについて同意します。			

認定申請年

<input type="checkbox"/>	年分

※現年分を含めて過去5年分の申請が可能です