

年 月 日

小 布 施 町 長 様

## 障害者控除対象者認定申請書

申請者（発行希望者）

住 所：〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 続柄（ ）

電話番号： \_\_\_\_\_（ ）

\_\_\_\_\_年分所得に係る所得税・住民税申告において、（特別）障害者控除の適用を受けたいため、下記の者を（特別）障害者に準じる認定を申請します。

対 象 者  （要介護認定を 受けている人）	住 所	小布施町
	氏 名	
	被保険者番号	
	保険者市町村 （他特例者）	

※以下は記入しないでください。

受付・交付 年 月 日

課長	係長	係