

障害者控除対象者認定申請書

(申請先)

申請日 年 月 日

申請者氏名
(対象者氏名) _____

住 所 _____ 対象者と同じ

電話番号 _____ () _____ 対象者と同じ
(対象者と同じ場合、住所・電話番号は記載不要)

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 として次のとおり認定を申請します。

認定にあたり、要介護認定情報を横浜市が確認することに同意します。

対象者氏名			
住 所	生年月日		
	性 別		
	電 話 番 号		
	電話番号区分		
	F A X 番 号		

備考欄 (申請者は 記入不要 です)	
-----------------------------	--

【窓口に来た人（申請者本人の場合は記載不要）】

氏 名 _____

住 所 _____ 対象者と同じ

電 話 番 号 _____ 対象者と同じ

申請者との関係 _____
(対象者と同じ場合、住所・電話番号は記載不要)

(FKF05FM00010)