

# 障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

精華町長 様

障害者控除対象者として認定されたく、下記のとおり申請します。

申請者	住 所	申告で使用される方の住所	氏 名	申告で使用される方のお名前
対象者	住 所	障害者控除の対象になる方の住所	性 別	男 ・ 女
	氏 名	障害者控除の対象になる方のお名前	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和

## 同 意 書

障害者控除対象者認定を申請するにあたり、介護保険認定調査票を調査されることに同意します。

対象者氏名 上記対象者と同じ方のお名前

代理人氏名 この手続きをされる方のお名前

(対象者との続柄 )

添付書類

医師の診断書

その他

このあたりに何かあった際に連絡が取れる方の連絡先をご記入ください。