

様式第1号（第4条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

（宛先）北本市長

住 所
申請者 氏 名
連絡先

所得税法施行令第10条第1項第7号若しくは第2項第6号又は地方税法施行令第7条第7号若しくは第7条の15の7第6号に規定する認定を受けたいので、北本市高齢者の障害者控除対象者認定に関する事務取扱要領第4条の規定により、次のとおり申請します。

対 象 者	住所			
	フリガナ		性 別	
	氏名		男・女	
	生年月日	年	月	日 (歳)
	電話番号			
	介護保険 被保険者番号		要介護度	
	申請目的	_____年分の所得税確定申告等に使用するため。		
	身体障害者手帳	有・無	戦傷病者手帳	有・無
	療育手帳	有・無	被爆者健康手帳	有・無
	精神障害者保健福祉手帳	有・無		