

様式第 1 号（第 3 条関係）

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

ひたちなか市福祉事務所長 様

申請者
住所
氏名
電話番号

下記の者について，所得税法施行令第 10 条第 1 項第 7 号及び同条第 2 項第 6 号並びに地方税法施行令第 7 条第 7 号及び第 7 条の 15 の 7 第 6 号に規定する者としての認定を申請します。

（ 年分申告用）

対象者	住所			
	氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄	
	介護保険における要介護（要支援）の認定		有 ・ 無	
	介護保険被保険者番号			

認定に当たっては，要件確認のために必要に応じて，私の介護保険等の情報を福祉事務所長が調査することに同意します。

対象者氏名

（代筆者氏名 ）（対象者との関係 ）

※代筆の理由

- 身体状況等により署名できないため。
- 病状等により意思確認できないため。