

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 伊勢市長

〒

申請者 住 所

氏 名
電話番号
対象者 との続柄

下記の者について、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 の認定を受けたいので、伊勢市障害者控除対象者認定に関する要綱第3条の規定により申請します。

対象年	年分 (←認定を必要とする年をご記入ください。)		
対象者	住 所		
	氏 名	生年月日	大正・昭和 年 月 日

(同意欄)

認定に当たっては、要件確認のために必要に応じて、私の要介護認定情報等を市が調査することに同意します。

対象者(本人)署名 \_\_\_\_\_

(代筆の場合)

代筆者署名 \_\_\_\_\_

(注)申請者の身元が確認できるものを提示してください。

事務処理欄

申請者の 本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( )	交付	済(認定/非該当)・未
--------------	---	----	-------------