障害者控除対象者認定申請書

令和　　年　月　日

　　庄内町長　富樫　透　宛

　　 〒

申請者　住所

氏名

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との関係

下記の者を、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（特別）障害者と

して認定されるよう申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　所 |  | 性　 別 | 男　・　女 |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和  　 年　　月　　日 |
| 障　害  の状況 | 被保険者番号：  　　状態区分：  　　認定有効期間：　　　　　 　～ | | | |
| 障害事由に記載する状態となった年月 | | | 令和　　　年　　　月 | |

記入例

障害者控除対象者認定申請書

令和○年○月○日

　　庄内町長　富樫　透　宛

　　 　　　　　　　　 〒 ９９９－７７８１

申請者　住所　山形県東田川郡庄内町○○字○○１２

氏名　庄内　太郎

電話番号　０９０－１２３４－５６７８

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との関係　　子

下記の者を、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（特別）障害者と

して認定されるよう申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　所 | 庄内　花子 | 性　 別 | ~~男~~　・　女 |
| 氏　名 | 庄内町○○字○○１２３ | 生年月日 | ~~明治・大正~~・昭和  　 ○年○月○日 |
| 障　害  の状況 | 被保険者番号：  　　状態区分：  　　認定有効期間：　　　　　 　～ | | | |
| 障害事由に記載する状態となった年月 | | | 令和　　　年　　　月 | |

こちらは空欄でもかまいません。