

様式第1号

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

日立市福祉事務所長 殿

申請者	住 所		
	氏 名		
	対象者との続柄		
	電 話	自 宅	( )
勤務先等		( )	

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条並びに地方税法施行令（昭和25年政令第245号）第7条及び第7条の15の7に定める障害者又は特別障害者としての認定を申請します。

記

対象者	住 所		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日

認定に当たっては、必要に応じ、日立市が私の介護保険要介護認定情報等を調査確認することに同意します。

対象者氏名

様式第 1 号

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

日立市福祉事務所長 殿

申請者	住 所		
	氏 名		
	電 話	自 宅	( )
		勤務先等	( )

**確定申告を行う方** 対象者との続柄

下記の者について、所得税法施行令（昭和 4 0 年政令第 9 6 号）第 1 0 条並びに地方税法施行令（昭和 2 5 年政令第 2 4 5 号）第 7 条及び第 7 条の 1 5 の 7 に定める障害者又は特別障害者としての認定を申請します。

対象者	住 所		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日

**介護認定を受けている方** 記

認定に当たっては、必要に応じ、日立市が私の介護保険要介護認定情報等を調査確認することに同意します。

**介護認定を受けている方**

対象者氏名