

(様式第2号)

障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書

平成 年 月 日

田川市長 殿

所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の11に定める障害者・特別障害者としての認定を申請します。

なお、認定された情報について目的外に使用しないことを誓約します。

対象者	住 所			
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏 名	印		
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月
申請者 (本人以外の場合)	住 所			
	フリガナ		電話	
	氏 名	印		
	本人との関係 (証明するものを提出ください)	<input type="checkbox"/> 対象者と生計を同一にする者 (続柄:)		
<input type="checkbox"/> 三親等以内の親族 (続柄:)				
<input type="checkbox"/> その他 (関係:)				

対象者本人委任 (本人が署名できない場合に限り本人の意思により代筆を認めます。)

私は、田川市における障害者控除対象者認定申請について、判断するために必要がある場合は、下記認定情報を利用することに同意します。

- ・ 認定調査内容
- ・ 主治医意見書

署 名 (本人) _____ 印

代筆者 _____ 印