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

（宛先）桐　生　市　長

申請者　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(被保険者との続柄　　)

下記の介護保険被保険者を、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に定める障害者又は特別障害者として認定願います。

被保険者番号		
被保険者氏名		
生年月日・性別	明治・大正・昭和 年　　月　　日	男　・　女

注　この申請書は、所得税又は市県民税の申告で障害者控除を受けるための認定申請書です。