様式第１号（第２条関係）

年　　月　　日

甲　州　市　長　　様

申請者　住所

氏名　　 　　　　　　　　　　㊞

対象者との続柄

電話 　　　（　　　）

甲州市障害者控除対象者認定申請書

甲州市障害者控除対象者の認定に関する要綱第２条の規定により、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７に定める障害者及び特別障害者に準ずる者として、次の対象者に係る障害者控除対象者（障害者・特別障害者）としての認定を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 住　所 |  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ氏　名 |  |
|  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　　年　　月　　日 | 障害者手帳等の有無 | 有 ・ 無 |
| 被保険者番号 |  | 対象年 | 令和　　　　年分 |
| 認定にあたり、要件確認のために必要に応じて、対象者の介護保険等に関する情報を甲州市が取得することに同意します。対象者（対象者が亡くなっている等の場合は認定書の使用者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**署名**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者との続柄（　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との続柄（　　　　　） |