

障害者控除対象者認定申請書

令和 年 月 日

三郷町長 様

申請者 住所

氏名

(対象者との続柄)

電話番号 - -

次の者について、所得税法施行令（昭和 4 0 年政令第 9 6 号）第 1 0 条及び
地方税法施行令（昭和 2 5 年政令第 2 4 5 号）第 7 条又は第 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	三郷町		
	氏名		生年月日	大正 昭和 年 月 日

同意書

障害者控除対象者認定の資格要件決定のために必要があるときは、
対象者の介護認定情報及び住民基本台帳等を貴町が閲覧することに
ついて同意いたします。

対象者氏名

- 障害者控除対象者認定について
申告で必要とする期間
申請者本人確認書類
- ☐初めて申請 ☐2 度目以降の申請
☐現年分のみ ☐過年分を含む（過去に発行した認定書を除く）
☐マイナンバーカード ☐運転免許証 ☐被保険者証