

記 載 例

様式第1号（第3条関係）

障害者控除対象者認定申請書

令和●年●●月●●日

柏市長 あて

（申請者） 〒 277 - 8505

住所 柏市柏 5 - 10 - 1

※結果通知は、申請者の住所に
郵送いたします。

氏名 柏 太 郎

電話番号 (7100)0000

下記の者を、所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第10条第1項第7号及び第2項第6号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8第6号に定める障害者又は特別障害者として認定を受けたいので申請します。

記

対象者	住 所	柏市柏 5 - 10 - 1		
	氏 名	柏 花 子	申請者との続柄	母
	生年月日	明治・大正 昭和 ××年 ×月 ×日	年 齢	××歳
	被保険者番号	介護保険被保険者証に記載の10桁の番号	介護度等	要介護2

※申請者と対象者が異なる場合
署名と捺印をお願いします。

介護保険被保険者証に記載の
介護度をご記載ください。

これに準ずる情報を調査することに同意します。

対象者氏名

柏花子

印

柏

（申請者と対象者が異なる場合、署名をお願いします。）

※申請書及び上記同意欄を代筆
した場合は署名をお願いします
（同意欄を対象者本人が署名し
た場合は不要）。

【申請書を代筆した場合】

代筆者氏名	柏 太 郎	印	柏
対象者との続柄	子		

※自書の場合は押印不要です。