

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

大泉町長 様

申請者 住所

氏名
(被保険者との続柄)

電話

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	(介護保険被保険者証の番号)
被保険者氏名 生年月日・性別	明・大・昭 年 月 日生(男 ・ 女)