

別記
様式第 1 号（第 3 条第 1 項関係）

障 害 者 控 除 対 象 者 認 定 申 請 書

年 月 日

草津市福祉事務所長 様

下記の者を、所得税法施行令（昭和 4 0 年政令第 9 6 号）第 1 0 条および地方税法施行令（昭和 2 5 年政令第 2 4 5 号）第 7 条または第 7 条の 1 5 の 8 に定める
障 害 者
特別障害者
として認定されるよう申請します。

申請者	住 所		氏 名	(ふりがな)
対象者	住 所		性 別	男 ・ 女
	氏 名	(ふりがな)	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
対象年	年（以降）分		連絡先 電話番号	

同 意 書

障害者または特別障害者としての認定を申請するにあたり、介護認定に関する資料の閲覧調査について同意します。

(対象者氏名) _____

注 申請者は、対象者の障害事由の変更または消滅が生じた場合、速やかに認定を受けた福祉事務所長にその旨を報告してください。