

第 1 号様式(第 2 条関係)

特別障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

東みよし町長 様

(申請者) 住所

氏名 _____ 印

続柄 ()

電話 (—)

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 11 に定めるとしての認定を申請します。

対象者	介護保険 被保険者番号			
	住 所			
	氏 名		性別	男 ・ 女
	生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月 日
申 請 理 由	年 所得税確定申告等に使用するため			

※ 上記申請は、 年 12 月 31 日の状況による。

※ みよし広域介護保険センターが所有する要介護認定等に関する情報の閲覧、又は必要に応じ実態調査に同意します。

(対象者氏名)

_____ 印

(代理人氏名)

_____ 印