

様式第1号（第2条関係）

障害者控除対象者認定書交付申請書

年 月 日

嘉手納町長 様

申請者 住 所

氏 名 印（続柄 ）

電話番号

下記の者について、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条及び第7条の15の11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。

記

対象者	フリガナ		性 別	
	氏 名		生年月日	
	住 所			
認定を必要とする年：		年の状態について、認定が必要		

注意

認定の基準は、認定を必要とする年の12月31日の状態となります。

沖縄県介護保険広域連合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